

THESIS / THÈSE

MASTER EN SCIENCES DE GESTION À FINALITÉ SPÉCIALISÉE

Analyse de la réforme du paysage hospitalier

Rappe, Guillaume

Award date:
2020

Awarding institution:
Université de Namur

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Mémoire de Fin d'Études

Master 120 en Sciences de Gestion

Année Académique 2019-2020

ANALYSE DE LA REFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER

Guillaume RAPPE

PROMOTEUR : Monsieur Baudouin Meunier

Déclaration d'absence de plagiat

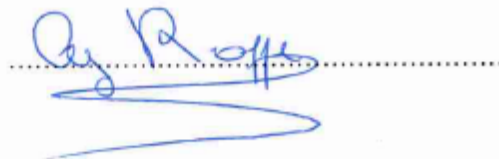
Cette déclaration est à insérer et à signer dans tout travail personnel ou collectif réalisé dans le cadre de la formation HD Eco-Gestion (mémoire, travaux pour des cours et séminaires)

Je déclare que ce travail est exempt de plagiat.

J'ai pris connaissance des risques liés au plagiat en consultant la page
<http://www.unamur.be/plagiat>.

J'ai pris connaissance des sanctions à l'égard du plagiat, prévues par le REE de la Faculté des sciences économiques, sociales et de gestion, article 75, consultable sur l'intranet de l'UNamur - Bureau des Etudiants (BVE).

Signature du/des auteur(s) du travail



Informations utiles

Il arrive fréquemment que des étudiants s'adonnent au plagiat sans en être conscients. Ce problème s'est aggravé au fur et à mesure de l'utilisation des informations en provenance de supports informatiques (Internet, ...). Il faut donc être doublement vigilant car le plagiat, qu'il soit volontaire ou involontaire, est suivi de sanctions graves.

L'article 75, § 1 du REE précise qu'il est question de plagiat dès qu'il y a « ... recopiage, même partiel, d'un texte émanant d'une source extérieure dans un travail personnel, que ce soit, un mémoire, un travail, un rapport ou tout autre projet personnel, sans faire usage des guillemets ou tout autre forme d'identification explicite qui permette de distinguer les idées personnelles de celles reprises ailleurs. »

Le même article 75, § 3 précise que les sanctions en cas de plagiat, le jury « peut attribuer la note de 0/20 à l'enseignement concernée ... » et aller jusqu'à « l'attribution de la note de 0/20 à l'ensemble ou à une partie des épreuves de la période d'évaluation, l'interdiction de poursuivre la période d'évaluation, l'interdiction de s'inscrire à la (ou aux) période(s) d'évaluation suivante(s) ou l'interdiction de participer à certaines évaluations.

Remerciements

Je souhaite en premier lieu remercier mon promoteur le Professeur Baudouin Meunier pour m'avoir guidé tout au long de la réalisation de ce mémoire, pour son aide précieuse, ses bons conseils et sa disponibilité.

Je tiens aussi à remercier Monsieur Dieu, président du conseil d'administration du Réseau Hospitalier Namurois, qui a accepté de répondre à une interview dans un délai très court et qui m'a fourni des éléments concrets.

Pour terminer, je remercie mon entourage pour leurs encouragements et leurs nombreuses lectures de ce mémoire.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1 : Les défis	3
1.1 Evolution de la population et de ses besoins en soins	3
1.2 Les technologies et l'innovation médicale	8
1.3 La qualité des soins.....	13
1.4 Les dépenses de santé	15
Chapitre 2 : La réforme menée par le gouvernement belge entre 2014 et 2018	19
2.1 Les objectifs de la réforme	19
2.2 Les fondements scientifiques de la réforme	21
2.3 Le contenu de la réforme.....	27
Les débuts de la réforme	27
La gouvernance du réseau hospitalier	28
Les conventions INAMI, les critères de programmation et les normes d'agrément.....	31
2.4 Aperçu de la mise en œuvre en Wallonie.....	33
2.5 La réforme du financement	35
Chapitre 3 : Evaluation de la réforme	40
3.1 Evaluation de la réforme au regard du système français.....	40
3.2 Evaluation de la réforme au regard de ses objectifs.....	47
3.3 Evaluation de la réforme au regard d'un cas concret : Stroke Units, unités neurovasculaires	50
3.4 Evaluation de la réforme par Monsieur Dieu	55
3.5 L'avenir de la réforme face à cette évaluation	56
Conclusions	59

Limites.....	62
Bibliographie	63

Introduction

Le secteur hospitalier doit faire face aujourd'hui à de nombreux défis.

Commençons par illustrer ceux-ci par quelques chiffres clés. Des changements dans la population obligent les hôpitaux à s'adapter. En 2020, 16,9% de la population a plus de 67 ans et cette proportion passera à 22,4% en 2040¹. La population vieillit et les soins de santé doivent évoluer. La fréquence dans le type de pathologie change, le nombre de patients atteints de pathologies chroniques augmente, et augmentera encore : En 2018, 15,2% des personnes interrogées déclaraient souffrir d'au moins deux maladies chroniques, contre 8,9% en 1997.²

L'organisation des soins hospitaliers évolue, notamment grâce aux technologies. Les hôpitaux sont plus efficaces, ce qui s'observe par exemple par la diminution de la durée du séjour en clinique : en 2003, la durée moyenne de séjour en hôpital était de 8,26 jours et de 6,99 jours en 2014. Elle est estimée à 5,94 jours en 2025 par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé³ (KCE).

En Belgique, les soins complexes sont fortement dispersés entre les différents hôpitaux. Si on prend par exemple le cancer de la tête et du cou, plus de 75% des hôpitaux n'atteignent pas le seuil critique de 20 patients par an entre 2009 et 2014⁴, volume d'activités permettant aux hôpitaux de se spécialiser sur la pathologie et donc de fournir des soins de plus grande qualité.

¹ Bureau fédéral du Plan et Statbel : "Perspectives de population 2019-2070" indicateurs démographiques de la Belgique mis à jour le 02/06/2020 données extraites le 01/11/20 sur <https://www.plan.be/databases/data-35-fr-perspectives+de+population+2019+2070>

² J. Van der Heyden, R. Charafeddine: « Enquête de santé 2018 »: Maladies et affections chroniques. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/27. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

³ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 289Bs. D/2017/10.273/43.

⁴ Leroy R, De Gendt C, Stordeur S, Silversmit G, Verleye L, Schillemans V, Savoye I, Vanschoenbeek K, Vlayen J, Van Eycken L, Beguin C, Dubois C, Carp L, Casselman J, Daisne JF, Deron P, Hamoir M, Hauben E, Lenssen O, Nuyts S, Van Laer C, Vermorken J, Grégoire V. « Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de la tête et du cou – Synthèse ». Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 305Bs. D/2019/10.273/02

Face à ces constats, la précédente ministre de la Santé Maggie De Block a lancé en 2014 la réforme du paysage hospitalier. Elle a pour but de mettre en place un nouveau modèle de collaboration à savoir le réseau clinique locorégional. Celui-ci est défini comme « un nouveau modèle d'organisation afin de proposer des missions de soins locorégionales de qualité, efficaces et accessibles aux patients situés dans une zone géographique déterminée, et ce, grâce à la collaboration clinique entre hôpitaux ».⁵ De par cette mise en réseau, cette réforme a pour ambition d'apporter de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience dans les soins. Pour ce faire, un nouveau modèle de gouvernance est proposé. Il présente d'ailleurs des similitudes avec celui mis en place en France en 2016, à savoir les Groupements Hospitaliers de Territoires. Cette nouvelle forme de collaboration et, plus généralement, la réforme du paysage hospitalier laisse une grande autonomie aux hôpitaux, peut-être trop grande, que pour atteindre les objectifs fixés.

A travers ce mémoire, je présenterai l'intérêt de cette réforme. Je commencerai par présenter les défis principaux pour les hôpitaux à savoir : l'évolution de la population et ses besoins, les technologies et l'innovation médicale, la qualité des soins et les dépenses de santé. Je développerai la réforme, les éléments de la littérature permettant de corroborer les objectifs de celle-ci, le début des réseaux hospitaliers en 2020 et leur gouvernance. Je verrai ensuite comment cette réforme promet des soins de qualité, plus efficaces et plus efficaces mais aussi que ces promesses dépendent principalement du niveau d'intégration des hôpitaux. La dernière partie de ce mémoire portera sur une évaluation des résultats attendus de cette réforme et des recommandations pour la suite.

⁵ De Block (2017) : « Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé » *Note Conceptuelle publiée le 17/05/2017*

Chapitre 1 : Les défis

Les hôpitaux et d'une manière générale le secteur des soins de santé font face à plusieurs défis dont les principaux sont les suivants. Tout d'abord, l'organisation des soins doit s'adapter aux changements dans la population. Ensuite, le développement des nouvelles technologies oblige l'hôpital à réfléchir quant à leur usage. En outre, la qualité des soins peut être améliorée, comme l'a constaté le Centre fédéral d'expertise de la santé (KCE)⁶. Enfin, le secteur des soins de santé s'inscrit dans un cadre budgétaire particulièrement complexe et difficile.

1.1 Evolution de la population et de ses besoins en soins

Le patient est au centre des préoccupations du système des soins de santé. Au fil du temps, ses besoins en soins changent. D'une part, la population vieillit et la composition de la population évolue, ce qui entraîne des changements dans les soins à fournir. D'autre part, les personnes plus âgées consomment également plus de soins, ce qui implique une augmentation des dépenses de santé dans les années à venir.

Le phénomène du vieillissement est « un glissement vers le haut de la pyramide des âges » (Tenand, 2014). Celui-ci est la conséquence de deux facteurs : l'allongement de la durée de vie et la faiblesse des taux de fécondité (Lambrecht, 2009). Cet effet est renforcé par l'augmentation temporaire du taux de natalité après la guerre (baby-boom) : ces personnes sont aujourd'hui considérées comme des personnes âgées. Le vieillissement se traduit par une évolution de la composition de la population. Le nombre de personnes de plus de 67 ans augmente alors que le nombre d'individus de moins de 18 ans diminue. Le rapport entre la population âgée de plus de 67 ans et la population de moins de 18 ans correspond au coefficient de vieillissement. En termes chiffrés, en 2019, ce coefficient est de 0,83 et est estimé respectivement à 0,89 et 1,17 pour 2024, 2040 dans les perspectives les plus récentes de population (2019-2070) du Bureau Fédéral du Plan⁷. Cette modification démographique entraîne des ajustements dans l'offre de soins à fournir. C'est un défi pour les hôpitaux qui font face selon le KCE⁸ à un manque de

⁶ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 289Bs. D/2017/10.273/43

⁷ Bureau fédéral du Plan et Statbel : “Perspectives de population 2019-2070” indicateurs démographiques de la Belgique mis à jour le 02/06/2020 données extraites le 01/11/20 sur <https://www.plan.be/databases/data-35-fr-perspectives+de+population+2019+2070>

⁸ Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Milisen K, Boland B, Flamaing J, Denis A, Daue F, Mergaert L, Devos C, Mistiaen P, Van den Heede K. Approche gériatrique globale : rôle des équipes de liaison interne gériatrique –

capacité en termes de lits gériatriques et une pénurie de gériatres et d'infirmiers spécialisés en gériatrie. Ce même rapport du KCE⁸ montre qu'en 2011, 27,24% étaient des patients de plus de 75 ans hospitalisés dans des services de soins aigus non gériatriques dont 9,19% de plus de 85 ans. Ces patients sont pris en charge dans un service non gériatrique avec un suivi par une équipe de liaison interne gériatrique. Le rapport recommande ainsi principalement une adaptation de la capacité de ces services, une plus grande attractivité de la spécialisation en gériatrie et un meilleur partage des bonnes pratiques grâce à une plateforme d'échange. L'offre globale de soins hospitaliers doit donc s'adapter à cette population particulière. Cet accroissement de la demande des soins est provoqué non seulement parce qu'il y a plus de personnes âgées mais également parce que celles-ci consomment plus de séjours hospitaliers. Charafeddine (2015) a étudié le nombre d'hospitalisations dans une enquête sur l'utilisation des services de santé avec des données de 2013. Parmi les résultats obtenus, son rapport montre que le nombre moyen d'hospitalisations classiques augmente avec l'âge. Cela correspond en 2013 à 26 hospitalisations classiques en moyenne par an pour les personnes de plus de 75 ans. Le nombre moyen d'hospitalisations de jour suit la même tendance, avec 20 hospitalisations par an pour la tranche 65-74 ans et ce nombre diminue ensuite pour la tranche des 75 ans et plus et passe à 12 hospitalisations de jour par an. Il y a donc un lien entre l'âge et le nombre d'hospitalisations. En termes de dépenses de santé, la même tendance est observée. Les personnes âgées représentent une part importante des dépenses. L'analyse réalisée par les Mutualités Libres (2019) montre que 22,2% des dépenses de l'assurance obligatoire en 2017 concerne la tranche d'âge 65-79 ans (10,2% des membres de cette mutualité), tandis que les plus de 80 ans (4,9% de cette mutualité) représentent 20,8% des dépenses moyennes de l'assurance obligatoire. Cette information combinée à l'évolution du coefficient de vieillissement dans les années à venir implique que, sans modification du système des soins de santé, les dépenses de celui-ci vont augmenter. Celles-ci correspondent (hors contribution privée) en 2019, à 7,9% du PIB et représenteront 8,8% en 2025 et 10,4% en 2040, pour diminuer ensuite en 2070 à 10,1%⁹. Plus précisément, les soins aigus correspondent en 2019 à 6,4% et en 2040 à 7,8%, tandis que les soins de longue durée représentent 1,4% en 2019 et 2,3% en 2040⁹. C'est pourquoi le vieillissement de la population représente un enjeu puisqu'il entraîne une augmentation de la demande de soins dans les hôpitaux. Ceux-ci doivent adapter leur offre pour être capables de répondre à cette demande de soins. Sans changement, les dépenses de santé augmenteront.

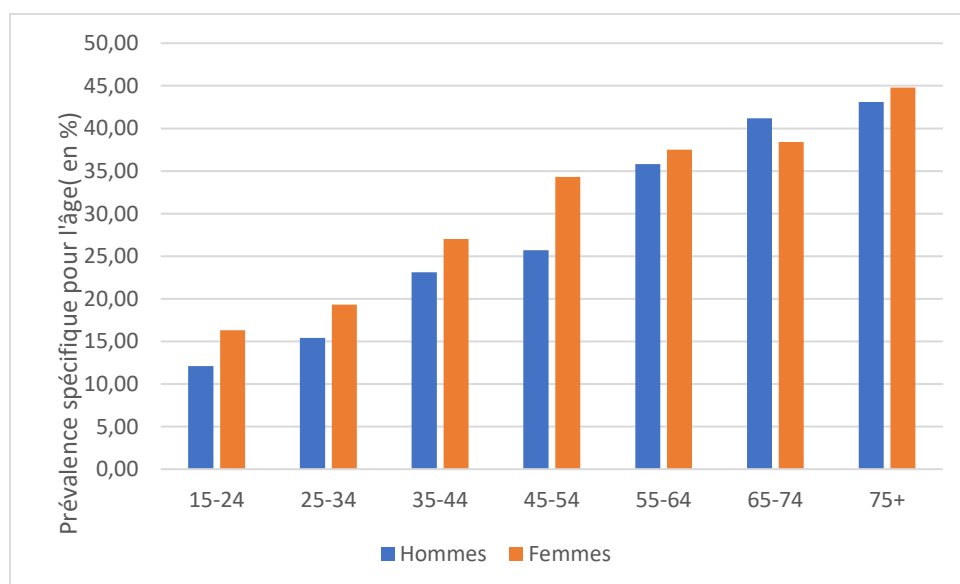
Synthesis. Health Services Research (HSR) Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 245Bs. D/2015/10.273/46.

⁹ Voir page 38 Comité d'étude sur le vieillissement (2020) : rapport annuel consulté le 01/11/2020 en ligne sur https://www.plan.be/publications/publication-2018-fr-comite_d_etude_sur_le_vieillissement_rapport_annuel

Les pathologies dont souffrent les patients changent également. Elles ne sont plus les mêmes qu’auparavant. Van der Heyden et Charafeddine (2019) observent une augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou atteints de comorbidité. Ce genre de patient doit être suivi différemment. Contrairement aux maladies aiguës qui ont une durée limitée dans le temps, les maladies chroniques sont permanentes et nécessitent des soins coordonnés.

L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les maladies chroniques¹⁰ comme « des affections de longue durée qui en règle générale évoluent lentement ». Celles-ci représentent un défi pour de nombreux pays puisqu’elles sont la conséquence de plusieurs facteurs génétiques, physiologiques, comportementaux et environnementaux (Van der Heyden et Charafeddine, 2019). Une politique de prévention permet de réduire l’occurrence de ces maladies, comme par exemple la promotion d’un mode de vie ou d’un environnement sain. De ce fait, la prévention des maladies chroniques dépasse le seul secteur des soins de santé et ne sera pas un sujet développé dans ce mémoire.

Figure 1 : Proportion de la population déclarant souffrir de maladie chronique, par âge et par sexe, Belgique, 2018¹¹



Ces maladies chroniques sont donc un enjeu pour le secteur des soins de santé, d’une part, pour leur prévalence et, d’autre part, pour la complexité de leur prise en charge.

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé consulté le 18/04/20 disponible en ligne sur

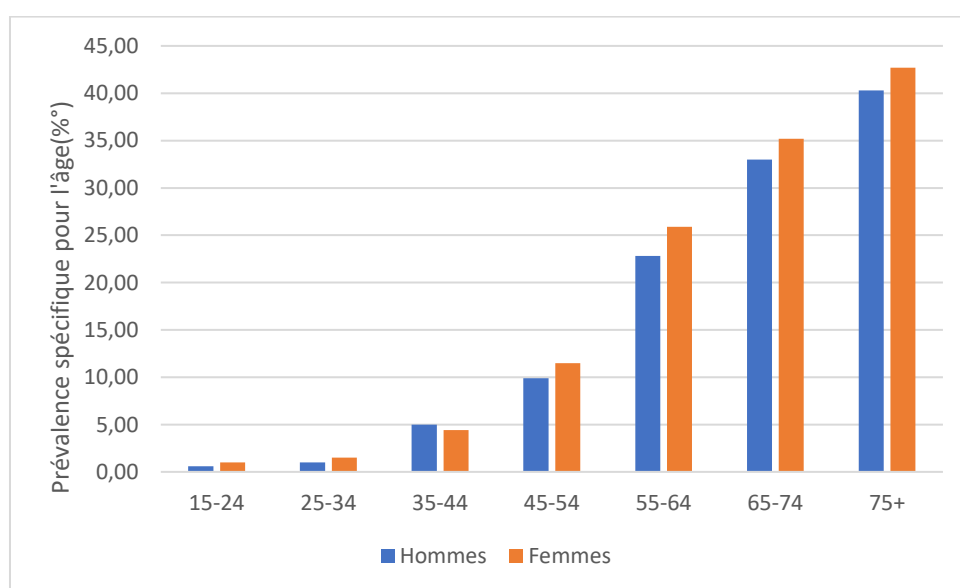
https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

¹¹ Données provenant de La Belgique en bonne santé consulté en ligne le 18/04/20 sur

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/vue-d-ensemble#references>

Van der Heyden et Charafeddine (2019) ont analysé la prévalence de celles-ci grâce à une enquête de santé par interview. Voici quelques chiffres-clés de cette étude. En 2018, 29,3% des Belges âgés de 15 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie chronique. Le nombre de personnes répondant positivement augmente fortement avec l'âge : 44,1% de la population de plus de 75 ans déclarent vivre avec une maladie chronique. Ceci implique qu'avec le vieillissement de la population, ce nombre devrait encore augmenter. La figure 1 permet d'observer le lien croissant entre l'âge et le nombre de patients déclarant souffrir d'une maladie chronique.

Figure 2 : Proportion de la population souffrant de multimorbidité, par âge et sexe en Belgique, 2018¹²



Lorsqu'un patient présente au moins deux maladies chroniques concomitantes, on parle de multimorbidité.¹³ Le rapport de Van der Heyden et Charafeddine (2019)¹⁴ définit pour son enquête la multimorbidité comme étant « le fait de souffrir d'au moins deux des six maladies chroniques suivantes : maladie cardiaque, maladie respiratoire chronique, diabète, cancer, arthrite et/ou arthrose et hypertension ». En 2018, 15,2% des personnes interrogées déclarent souffrir d'au moins deux des maladies reprises ci-dessus, contre 8,9% en 1997.

¹² Données provenant de « La Belgique en bonne santé » : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/vue-d-ensemble#introduction> consulté le 18/04

¹³ Sciensano : disponible en ligne <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/multimorbidite> consulté le 18/04/20

¹⁴ J. Van der Heyden, R. Charafeddine. Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/27. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

Cette augmentation est principalement due au vieillissement de la population. 41,8% des 75 ans et plus en 2018 souffre de multimorbidité. La figure 2 permet d'observer le nombre de personnes déclarant souffrir de multimorbidité et notamment le lien croissant avec l'âge.

Cette enquête révèle donc une augmentation du nombre de personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques et celui-ci devrait continuer d'augmenter dans les années à venir. Ceci implique des dépenses de santé importantes et à long terme une augmentation de celles-ci. (Van der Heyden, Charafeddine, 2019)

Ensuite, les maladies chroniques représentent également un enjeu non négligeable au niveau de la prise en charge du patient. Le système actuel est segmenté en spécialités et est efficace pour les maladies aiguës. Par contre, ce fonctionnement en silos ne facilite pas la prise en charge d'une manière globale du patient, surtout lorsqu'il présente plusieurs pathologies chroniques et la qualité des soins peut donc en être impactée. Pour y pallier, les médecins et autres prestataires doivent se coordonner. La continuité des soins se définit comme « la capacité à organiser les soins dispensés à un patient spécifique, sans interruption ni dans le temps, ni entre les acteurs, ainsi que la capacité à couvrir le cours de la maladie dans son entièreté¹⁵ ». La continuité des soins dépend de différents acteurs, des spécialistes présents dans les hôpitaux mais également en dehors, ce qui complique l'organisation des soins. Le KCE distingue quatre éléments de la continuité dans son rapport¹⁶ sur la performance du système de santé belge : « la continuité de l'information, la continuité relationnelle, la continuité entre l'hôpital et la première ligne de soins et la coordination des soins »¹⁵. Le Dossier médical Global (DMG) permet au médecin généraliste de disposer et de centraliser l'information et donc d'avoir une vision globale sur la santé du patient. En 2016, 67,5%¹⁵ de la population bénéficiait d'un DMG, deux fois plus qu'en 2003.

La relation avec son médecin traitant est également primordiale. De celle-ci dépend la qualité des soins (ce qui implique une « meilleure communication, meilleure prévention, meilleur suivi des traitements, diminution des hospitalisations et des visites aux urgences »¹⁵). La continuité entre l'hôpital et la 1^{re} ligne de soins peut se mesurer par le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant un contact avec leur médecin généraliste dans la semaine de sortie de l'hôpital. Le suivi du généraliste permet de vérifier que le retour au domicile se déroule correctement et surtout que l'organisation des soins fonctionne, pour éviter les réadmissions à l'hôpital.

¹⁵ La Belgique en bonne santé : « Continuité des soins » consulté en ligne le 03/11/20 disponible sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins#QC-1>

¹⁶ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerken S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haeltermann M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/3

En 2016, 56,6% des personnes de plus de 65 ans ont un contact dans la semaine avec leur généraliste. La coordination des soins, soit la relation établie sur une longue durée entre les différents prestataires permet d'atteindre un objectif commun. Un exemple de coordination de soins au niveau des hôpitaux sont les consultations oncologiques multidisciplinaires. Celles-ci ont pour but de regrouper différents spécialistes (oncologues, chirurgiens, médecin traitant, etc.) pour analyser ensemble le dossier du patient. Cela permet une prise en charge personnalisée, reprenant les différentes facettes de la santé du patient et de garantir au maximum la continuité des soins. En 2015, 87,5% des cas de cancer ont bénéficié d'une consultation d'oncologie multidisciplinaire.

La continuité des soins analysée par le KCE¹⁶ grâce à des indicateurs est contrastée. La proportion des cancers soignés grâce à une consultation d'oncologie multidisciplinaire est un point positif. Par contre, ce n'est pas encore le cas pour toutes les maladies chroniques. Ainsi, le nombre de patients repris dans un protocole de soins visant à soigner le diabète grâce aux antidiabétiques autres que l'insuline reste trop faible. Les autres indicateurs présentés concernent les médecins généralistes et peuvent être améliorés.

Pour conclure, le vieillissement de la population et les maladies chroniques obligent le secteur des soins de santé et les hôpitaux à faire évoluer l'organisation des soins. Les besoins des patients évoluent et c'est l'offre de soins de manière globale qui doit s'adapter.

1.2 Les technologies et l'innovation médicale

Les nouvelles technologies améliorent l'efficacité de la prise en charge médicale : interventions moins invasives et plus performantes, augmentation de l'hospitalisation de jour, diminution de la durée de séjour et prise en charge plus précoce des patients en dehors de l'hôpital – dans les maisons de repos et à domicile. Cependant, elles coûtent de plus en plus cher. Voilà pourquoi il est nécessaire de bien réfléchir à leur localisation pour éviter les doublons inutiles.

Premièrement, les nouvelles technologies et le développement des pratiques ont permis d'améliorer la performance des hôpitaux. Un exemple est la chirurgie « Fast Track » (Hubner et al., 2008) : c'est un type de chirurgie conçu pour favoriser la réhabilitation précoce des patients. L'objectif de ce programme est de réduire au maximum les effets néfastes d'une opération pour faciliter le rétablissement, apporter du confort, diminuer la morbidité. Ce type de chirurgie diminue également la durée de séjour comparativement à la chirurgie classique. D'une manière générale, les techniques chirurgicales, anesthésiques et analgésiques se sont développées (Leroy et al. 2017). Les techniques médicales sont moins invasives et permettent une guérison plus rapide. Les équipes médicales se sont adaptées et les pratiques médicales ont

évolué. Cette évolution a permis à l'hospitalisation de jour de prendre son essor (Leroy et al. 2017)¹⁷.

La chirurgie de jour présente en effet plusieurs avantages. Tout d'abord, cette intervention n'affecte que très peu le traitement quotidien des personnes souffrant de maladies chroniques. Ensuite, les patients ont moins de risques d'être infectés par une maladie nosocomiale puisqu'ils restent moins longtemps à l'hôpital et ne sont pas en contact avec les autres patients gravement atteints. De plus, ils retrouvent en général plus rapidement leur mobilité. Enfin, comme cette chirurgie se déroule en journée, le personnel n'est nécessaire que pendant les heures d'ouverture. Le patient n'utilise pas une chambre pour la nuit, ni l'ensemble des services hôteliers (chauffage, literie, repas). Cela permet également d'affecter les moyens de l'hôpital à d'autres pathologies plus lourdes ou à des patients touchés par des pathologies chroniques. Leroy et al. (2017) ont évalué l'utilisation de la chirurgie de jour en Belgique. Comparativement à d'autres pays européens, notre pays présente un résultat mitigé. Même si elle se place correctement pour certaines pathologies (cataracte, amygdalectomie), pour d'autres des progrès sont à faire. A titre d'exemple, le Danemark réalise 57% des ablations de la vésicule biliaire en chirurgie de jour, contre 5% en Belgique. Leroy et al. (2017) expliquent les entraves à l'utilisation de la chirurgie de jour. Selon eux, le système de financement des hôpitaux ne favorise pas les hospitalisations de jour, notamment à cause de l'utilisation d'un coefficient réducteur de 0,81 par journée en hospitalisation de jour. De plus, il y a des freins organisationnels comme la planification des opérations, qui au lieu de privilégier la programmation de la chirurgie de jour le matin, en prévoit l'après-midi, entraînant une hospitalisation du patient pour une nuit. Un autre frein à ce système d'hospitalisation provient des soins après l'opération. Ce n'est pas toujours évident de prévoir un service infirmier à domicile, un médecin généraliste pour le suivi ou encore un kinésithérapeute. Les préférences des équipes médicales peuvent également influencer sur le taux d'hospitalisations en journée. En effet, la manière de pratiquer l'opération peut impliquer de garder le patient ou au contraire de favoriser son retour à domicile. En outre, le patient doit pouvoir compter sur quelqu'un le premier jour de sa sortie, sinon il est hospitalisé en séjour classique. Certains patients préfèrent aussi rester à l'hôpital après une opération pour éviter les trajets quand ils savent qu'ils vont devoir revenir pour un suivi post-opératoire.

¹⁷ Leroy R, Camberlin C, Lefèvre M, Mistiaen P, Van den Heede K, Van de Sande S, Van de Voorde C, Beguin C.

Comment accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 282Bs. D/2017/10.273/07.

Par conséquent, le défi pour les hôpitaux est d'améliorer l'organisation globale de la chirurgie de jour depuis la première consultation jusqu'à la sortie, en ce compris les soins en dehors de l'hôpital (Leroy et al. 2017).

Deuxièmement, le progrès technologique et le changement dans les pratiques médicales ont rendu l'hôpital plus efficient. Ceci s'observe notamment par une durée de séjour plus courte. La durée moyenne était de 8,26 jours en 2003 et de 6,99¹⁸ jours en 2014, le KCE¹⁸ prévoit qu'en 2025 cette durée moyenne sera de 5,94 jours. Cette baisse de la durée est estimée et prévue pour la majorité des pathologies. C'est un enjeu pour le secteur hospitalier parce qu'en moins de temps, le personnel doit toujours veiller à maintenir la qualité. Le KCE¹⁸ recommande de réévaluer la charge de travail de celui-ci puisque la réduction de la durée de séjour et l'augmentation des hospitalisations de jour vont compliquer et intensifier le travail dans les hôpitaux. Même si le nombre de patients par infirmier a diminué entre 2009 et 2019, il reste supérieur aux normes internationales.¹⁹ Les manifestations des blouses blanches²⁰ en 2019 confirment cette intensification de la charge de travail. Le suivi des patients en dehors de l'hôpital est une cause supplémentaire à la baisse de la durée de séjour. Les patients sortent de l'hôpital mais reçoivent toujours des soins, parfois à domicile ou dans d'autres structures comme des centres de soins ou encore dans une maison de repos. Un exemple est l'hospitalisation à domicile (HAD) qui commence à se développer en Belgique, sous la forme de projet pilote. L'hospitalisation à domicile, rendue possible grâce aux progrès technologiques, répond à plusieurs objectifs (Farfant-Portet al. 2015). De un, elle permet de réduire la durée de séjour ou le nombre d'admissions et les coûts par la même occasion et permet au patient d'être soigné dans un environnement familial et plus proche de son entourage. De deux, c'est une réponse au manque de lits hospitaliers, surtout à l'étranger. De trois, elle apporte plus de continuité dans les soins (un lien entre l'hôpital et la première ligne).

¹⁸ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 289Bs. D/2017/10.273/43.

¹⁹ En 2009, dans les hôpitaux il y a 10,7 patients par infirmier, contre 9,4 patients en 2019. Chiffres provenant de Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325Bs. D/2019/10.273/73

²⁰ Van Reeth, C. (2019) « Grand format-Une belle journée avec les blouses blanches, dans leur usine à burn-out » *Le soir* du 12/06/2019 consulté le 10/11/20 en ligne sur <https://plus.lesoir.be/229952/article/2019-06-11/grand-format-une-journee-avec-les-blouses-blanches-dans-leur-usine-burn-out>

Malheureusement, cette technique reste une exception et fonctionne uniquement sous un projet pilote lancé entre 2016 et 2017. Cette méthode doit être évaluée avant d'adopter le cadre légal définitif. La durée de séjour a également diminué dans les hôpitaux grâce aux structures d'accueil après une hospitalisation aigue. Un exemple est la création d'un centre intermédiaire de soins post-Covid au Beau Vallon²¹. Les patients ne nécessitent plus de soins aigus, mais ne sont pas encore capables de rentrer chez eux. Ce transfert permet de libérer un lit dans les hôpitaux tout en donnant au patient un suivi multidisciplinaire (médecin, infirmier, kinésithérapeutes). Un coordinateur de soins est mis en place pour garantir la continuité des soins entre les différentes structures et pour préparer le retour à domicile. Le défi ici pour le secteur hospitalier est de redéfinir sa place dans les soins et de créer des liens entre les soins intra-muros et extra-muros pour garantir la continuité de ceux-ci (Farfant-Portet al. 2015).

Troisièmement, les progrès techniques et le changement dans les pratiques ont permis aux hôpitaux d'être plus efficaces. Ces technologies ont par contre un coût financier conséquent. Van De Cloot (2018) explique que, même si la technologie peut apporter plus de productivité et donc un traitement moins cher, elle augmente principalement les dépenses de santé. En effet, selon cet auteur, la technologie agit sur les symptômes mais ne guérit pas totalement le patient ou ne lui permet que rarement d'éviter une maladie. La technologie a permis aux médecins de diagnostiquer un plus grand nombre de personnes, entraînant un plus grand nombre de patients à traiter. De plus, les nouvelles technologies coûtent également cher aux hôpitaux. Par exemple, le cas de la protonthérapie²², développé pour traiter les cancers de façon plus précise, coûte 25.000 euros par traitement, alors qu'une radiothérapie traditionnelle coûte entre 6.000 et 8.000 euros²². Un centre est en création à L'hôpital UZ Louvain, pour la somme de 45 millions d'euros²³. Le KCE a réalisé une étude sur cette méthode de traitement et explique que, pour l'instant, il n'y a pas de réelle étude clinique probante quant aux résultats espérés. La Mutualité Chrétienne (2013)²⁴ explique que, pour le futur, il faudrait réaliser une étude coût-bénéfice avant d'utiliser les nouveaux traitements et appareillages et se baser sur des études et des faits

²¹ JVE (2020) « Un centre intermédiaire de soins post-Covid au Beau Vallon » *La libre* publié le 9/11/20 consulté en ligne le 11/11/20 sur <https://www.lalibre.be/regions/namur/un-centre-intermediaire-de-soins-post-covid-au-beau-vallon-5fa93c26d8ad586f5178dfe2>

²² Soumois F. (2019) « Faut-il arrêter d'investir dans la protonthérapie contre le cancer ? » *Le soir* consulté en ligne le 08/11/20 sur <https://plus.lesoir.be/202596/article/2019-01-24/faut-il-arreter-dinvestir-dans-la-protontherapie-contre-le-cancer>

²³ Le spécialiste (2019) : « Protonthérapie : l'UZ Louvain reconnaît la 'nécessité d'une étude approfondie' » consulté le 8/11/20 sur <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/uz-leuven-erkent-nood-aan-zorgvuldig-onderzoek-naar-protontherapie.html>

²⁴ Mutualité Chrétienne « MC-Informations : Analyse et points de vue » page 14 du Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes numéro 254 décembre 2013 consulté le 20/12/19 disponible en ligne sur https://www.mc.be/media/mc-informations_254_decembre_2013_tcm49-33147.pdf

pour les choisir de manière rationnelle. L'autre alternative face à la protonthérapie reste la radiothérapie, une méthode qui nécessite également d'importants investissements et du personnel spécialisé. Le KCE, dans son rapport sur « la capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre »²⁵, a étudié l'organisation de la radiothérapie en Belgique, l'objectif étant d'analyser la sécurité de la radiothérapie, la qualité, le respect des normes et pratiques internationales et son efficience. Selon ce rapport, la répartition géographique des centres en fonction de la densité géographique est inégale. Cette répartition historique est hétérogène et ne répond pas aux besoins de la population. Le nombre de traitements exécutés diffère fortement d'un centre à l'autre, ce qui implique que certains appareils sont sous-utilisés. Bien que les traitements soient de plus en plus efficaces en termes de prise en charge, ils sont de plus en plus complexes, impliquant de la technologie et du personnel qualifié. Le KCE souhaite en conséquence centraliser la radiothérapie, pour accroître la qualité de la prise en charge et apporter plus d'efficience. Des centres avec plusieurs appareils différents apportent d'ailleurs de la flexibilité : le patient peut bénéficier d'une combinaison de traitements grâce aux différentes machines. Cette centralisation permet la coopération des différents praticiens et la sous-spécialisation des radiologues-oncologues augmentant ainsi la qualité. Les machines les plus spécialisées, moins utilisées actuellement bénéficieraient des économies d'échelle et donc d'un coût par traitement plus faible. Le KCE fixe ainsi le seuil de patients à 1000 patients par an pour atteindre plus d'efficience.

C'est donc un défi pour le secteur des soins de santé car, d'une part, les innovations technologiques doivent être soutenables pour la société et être utilisées seulement si des preuves scientifiques confirment les résultats, et, d'autre part, parce que le secteur hospitalier doit proposer des soins de qualité et à la pointe du progrès. L'enjeu de celui-ci est donc de concentrer les investissements lourds dans certains hôpitaux tout en restant accessible pour le patient.

²⁵ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 289Bs. D/2017/10.273/43

1.3 La qualité des soins

La qualité des soins de santé belge peut être améliorée même si, dans le classement réalisé par le Health Consumer Powerhouse²⁶, le pays est bien situé. En effet, bien que le pays soit reconnu pour la facilité d'accès aux soins, cette abondance en termes d'offre de soins implique également d'autres désavantages. Dans notre pays, la plupart des soins sont proposés dans tous les hôpitaux. Ceci implique que le patient choisit l'hôpital dans lequel il veut se faire soigner, sans savoir si c'est un hôpital expérimenté dans ce type de traitement. Le KCE²⁷ a calculé que seulement 23 hôpitaux sur 99 traitent des patients atteints d'un cancer de la tête et du cou avec une probabilité de survie supérieure, ce qui signifie qu'ils fournissent des soins de meilleure qualité. Ces hôpitaux réalisent plus de 20 interventions par an. Un lien existe donc pour ce genre de pathologie rare entre le volume et la qualité. L'enjeu pour le secteur hospitalier est donc de définir ou redéfinir (suivant la pathologie) le volume minimum pour ainsi augmenter la qualité. Une meilleure répartition de l'offre permet de créer des synergies entre les hôpitaux, avec une concentration des moyens, comme des infrastructures lourdes et coûteuses et une expertise multidisciplinaire spécialisée.

La Belgique se place 5^{ème} sur 35 pays²⁶ européens au dernier classement réalisé par le Health Consumer Powerhouse. Celui-ci se base sur 34 indicateurs de performance. Ceux-ci concernent six matières importantes pour le consommateur : « droits et information des patients, télémédecine(e-Health), délai d'attente pour les traitements communs, qualité des soins, offre de services, et accès aux médicaments »²⁶. La Belgique est principalement félicitée pour son accessibilité aux soins de santé grâce à son assurance maladie obligatoire. Le KCE a, par ailleurs en 2019, évalué « la performance du système de santé belge »²⁸ et définit la qualité comme « la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment »²⁸. Dans l'ensemble, le système des soins de santé

²⁶ Le soir « La Belgique occupe la 5eme place du classement européen » publié le 6/11/2019 par Smets J. Consulté le 29/10/20 en ligne sur

<https://plus.lesoir.be/258490/article/2019-11-06/la-belgique-occupe-la-5e-place-du-classement-europeen>

²⁷ Leroy R, De Gendt C, Stordeur S, Silversmit G, Verleye L, Schillemans V, Savoye I, Vanschoenbeek K, Vlayen J, Van Eycken L, Beguin C, Dubois C, Carp L, Casselman J, Daisne JF, Deron P, Hamoir M, Hauben E, Lenssen O, Nuyts S, Van Laer C, Vermorken J, Grégoire V. Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de la tête et du cou – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 305Bs. D/2019/10.273/02

²⁸ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haeltermann M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33

présente des indicateurs semblables à la moyenne des 15 pays européens repris dans l'étude mais avec quelques faiblesses. La Belgique évolue positivement en termes d'efficacité, mais peut mieux faire pour la sécurité ; la prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux ne s'est pas améliorée entre 2011 et 2017 et est supérieure à la moyenne des 15 pays européens étudiés. Même constat pour l'adéquation des soins, les médecins prescrivent trop d'antibiotiques et l'imagerie médicale est utilisée dans des cas non-recommandés.

Ensuite, dans un autre rapport, le KCE²⁷ a également analysé la qualité des soins pour la prise en charge des cancers de la tête et du cou. Cette étude porte sur treize indicateurs mesurant la qualité du diagnostic et du traitement de ce genre de cancer dans chaque hôpital. Voici les résultats principaux de cette étude. Même si le taux de survie à 1 an est comparable à celui des pays voisins, la Belgique figure en-dessous de la moyenne de l'Europe occidentale concernant le taux de survie après cinq ans. Les soins sont dispersés entre 99 hôpitaux entre 2009 et 2014 et plus de la moitié de ceux-ci ont eu maximum quatre patients pour ce genre de cancer par an. Les hôpitaux réalisant plus de vingt cas par an présentent des patients avec de meilleures chances de survie. Dans l'objectif que chaque patient dispose des meilleurs soins et des meilleures chances de survie, le KCE recommande une centralisation de ces soins. Fixer un minimum en termes de patients permet de concentrer les ressources et l'expertise dans des centres de référence (Stordeur et al.2014). Ceux-ci doivent respecter des normes en termes de volume, d'infrastructure, d'expertise, ou encore respecter des indicateurs de qualité. Le KCE a notamment sorti dans son précédent rapport de 2014 sur « l'organisation des soins pour adultes avec un cancer rare ou complexe »²⁹, une liste de pathologies pour lesquelles ils recommandent la centralisation des soins. C'est d'ailleurs déjà le cas pour la chirurgie du pancréas et de l'œsophage depuis le 15 juillet 2019³⁰. Toutefois, le volume de soins n'est pas l'unique élément apportant une meilleure qualité, ces centres de référence apportent une approche à la pointe du progrès pour ce genre de cancer (Kohnen et al. 2020). Cette centralisation des soins doit s'organiser de manière à ne pas créer de retard entre le moment où le patient est diagnostiqué et le transfert vers le centre de référence (Leroy et al. 2019).

²⁹ Stordeur S, Vrijens F, Henau K, Schillemans V, De Gendt C, Leroy R. Organisation des soins pour les adultes avec un cancer rare ou complexe – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 219Bs. D/2014/10.273/19.

³⁰ INAMI (2019) « chirurgie de l'œsophage : Remboursement dans un centre spécialisé conventionné » consulté le 11/11/20 sur [https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/soins/Pages/chirurgie-oesophage-remboursement.aspx#:~:text=Dans%20les%20h%C3%B4pitaux%20ayant%20sign%C3%A9,l%C5%93sophage%20non%20oncologiques\).](https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/soins/Pages/chirurgie-oesophage-remboursement.aspx#:~:text=Dans%20les%20h%C3%B4pitaux%20ayant%20sign%C3%A9,l%C5%93sophage%20non%20oncologiques).)

Par contre, d'autres acteurs des soins de santé comme le Groupement des unions professionnelles belges de médecin spécialistes (GBS)³¹ ne sont favorables à la concentration des soins que pour certaines pathologies comme certains cancers rares nécessitant un volume minimum pour assurer la qualité des soins. Ce groupement met en garde contre les risques d'une trop grande concentration. Premièrement, les prestataires qui transfèrent leur patient vers leur confrère, vont perdre leur expertise à moyen terme, pourtant nécessaire pour assurer les soins d'urgence. Deuxièmement, il y a un risque que cette concentration génère des listes d'attentes dans les centres spécialisés, ce qui au lieu d'accroître la qualité, aggraverait l'état de santé du patient. Enfin, cette concentration peut compliquer la vie du patient, de par la distance plus grande à parcourir pour se faire soigner.

La concentration des soins peut améliorer la qualité des soins. Par contre, le législateur, doit établir un compromis entre l'efficacité (la qualité), l'accessibilité et l'efficience des soins. Afin de garantir la réussite de la concentration des soins, des normes doivent être prévues pour chacune de ces variables, par exemple le taux de mortalité post-opératoire pour la qualité, le délai maximum d'un trajet vers une maternité ou encore établir une durée de séjour moyenne. Ceci correspond aux normes de programmation, d'agrément et aux convention INAMI.

En bref, le défi pour le secteur hospitalier est de réorganiser l'offre de soins afin d'améliorer la qualité. Une répartition de l'offre de soins complexes doit être établie pour que les patients soient traités par du personnel hyperspécialisé, dans des infrastructures à la pointe de la technologie, tout en restant abordable.

1.4 Les dépenses de santé

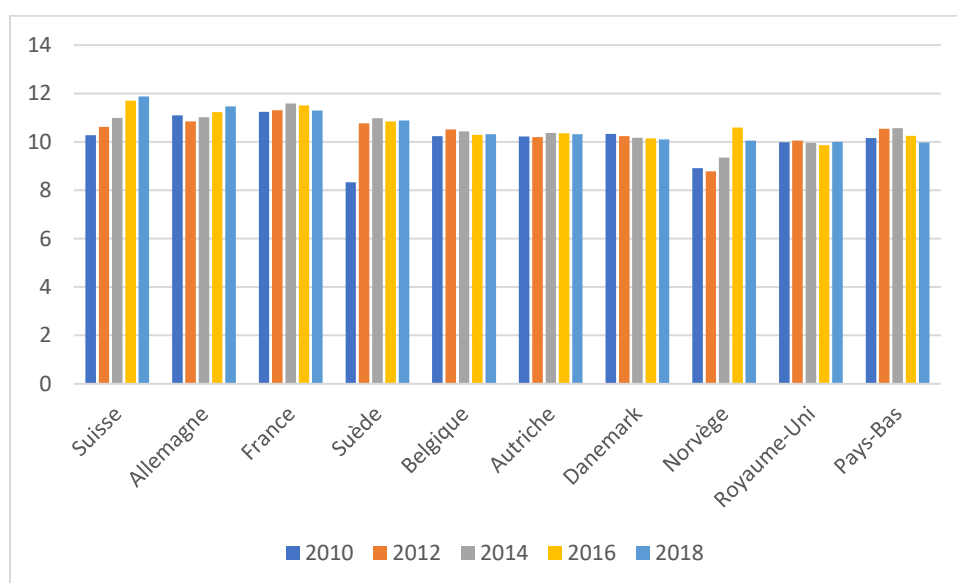
Les dépenses de santé en Belgique sont stables (en pourcentage du PIB) mais sont assez élevées comparativement aux autres pays. Comme vu précédemment, le vieillissement va engendrer une augmentation des dépenses de santé, les hôpitaux ont donc tout intérêt à améliorer leur efficience. De plus, la dernière analyse MAHA³² de 2020 montre que sur 91 institutions, 34% présentent un résultat négatif en 2019. Les hôpitaux doivent pourtant être capables de générer de la valeur ajoutée pour investir par la suite ou s'adapter aux besoins des patients. La politique de santé en Belgique s'inscrit dans la politique budgétaire européenne et contraint celle-ci à diminuer sa dette. Même si actuellement le COVID-19 a suspendu la plupart de ces règles contraignantes, celles-ci permettent de comprendre le contexte dans lequel la précédente Ministre de la Santé Madame De Block a mis en place la réforme.

³¹ Page 8 du mensuel du GBS « Le Médecin Spécialiste » n°6 / Septembre 2014 consulté le 30/11/20 en ligne sur https://www.gbs-vbs.org/uploads/media/1406_fr_-_site_01.pdf

³² Belfius « Analyse MAHA 2019 »

Tout d'abord, dans le rapport MAHA de 2019 de Belfius (celui de 2020 ne réalise pas de comparaison avec les pays européens) sont repris quelques chiffres clefs concernant les dépenses de soins de santé. Les dépenses de santé (tous mécanismes de financement confondus, y compris privés) représentent 10,3% du PIB en 2016 en Belgique, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de 9,9% du PIB pour l'UE. La Suisse, l'Allemagne, la France et la Suède présentent une proportion du PIB supérieure à la Belgique en 2018. La Belgique, comparée à la Suisse, présente une croissance des dépenses de santé plus faible entre 2010 et 2018.

Figure 3 : les dépenses de santé, 2010-2018³³



A partir de 2010, les dépenses de santé ont continué leur progression, mais à un rythme plus lent (Math, 2017). Les soins de santé ont été « mis sous pression sous la législature (2014-2018) »³⁴, d'une part par la baisse de la norme de croissance et d'autre part par des blocages structurels. Avant la crise financière, la norme de croissance était de 4,5%, puis est passée à 2% en 2013, 3% en 2014 et enfin à partir de 2016, 1,5%.

³³ OECD Health Statistics 2020 : « Dépenses de santé et financement » de 2010 à 2018 pour tous les régimes de financement (publics/obligatoires, régimes facultatifs de paiement privé dans les soins de santé, paiement direct des ménages) en pourcentage du produit intérieur brut. Données extraites le 12/11/20 disponible en ligne sur <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

³⁴ Analyse MAHA 2019 Belfius

Le groupe de presse Le Spécialiste³⁵ présente une autre mesure d'économie : le blocage structurel. Sans changer la norme de croissance, le gouvernement a décidé d'empêcher l'utilisation d'un montant annuel : 140 millions en 2016, 100 millions en 2017, 64,35 en 2018 et 141,997 millions en 2019. La réduction de la norme de croissance et ce blocage ajoutent une pression sur le budget des hôpitaux et réduit la marge de manœuvre concernant l'adaptation au vieillissement de la population, aux personnes souffrant de maladies chroniques et aux innovations (Belfius 2019, ING et Antares Consulting, 2018). A titre de comparaison, les perspectives économiques 2017-2022 du Bureau Fédéral du Plan prévoyait une croissance réelle des dépenses de santé de 2,2%³⁶ par an sur la période 2018-2022 en prenant en compte la croissance du PIB, le vieillissement de la population, la technologie médicale et la croissance de la population. Cette norme de croissance devrait passer à 2,5% en 2022³⁷ avec le gouvernement Vivaldi.

Cette action sur les dépenses et cette volonté à rechercher plus d'efficacité doivent être remis dans le contexte budgétaire de la Belgique. En effet, celle-ci s'est engagée à respecter les critères du Pacte budgétaire européen. Elle doit tout d'abord présenter un solde de financement nominal supérieur à -3% du PIB, réduire son solde structurel de 0,6% du PIB par an pour arriver à moyen terme à l'équilibre structurel et à un niveau de dette publique de 60% du PIB. Afin de respecter le volet préventif de ce pacte, elle doit diminuer sa dette de 2% par an (Cour des comptes, 2018). Ces principes ont pour but que les Etats membres gardent des finances publiques saines. Celles-ci doivent notamment être capables d'assumer une baisse de la conjoncture, comme celle due à la crise du Covid-19. Cette crise a d'ailleurs suspendu temporairement les critères du pacte de stabilité car la récession économique présente dans la zone euro permet d'activer une clause dérogatoire au cadre budgétaire de l'Union Européenne³⁸. Il faut cependant tenir compte de la baisse de croissance de ces dernières années.

³⁵ De Toeuf J. (2019) : « Hocus Pocus... le budget des soins de santé n'est pas sorti du chapeau » Le Spécialiste consulté le 21/06/20 en ligne sur <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/hocus-pocus-hellip-le-budget-des-soins-de-sante-n-rsquo-est-pas-sorti-du-chapeau-j-de-toeuf.html>

³⁶ Bureau Fédéral du Plan Perspectives économiques 2017-2022 publiées le 17/03/20

³⁷ Steffens (2020) « Ce que l'on sait sur l'accord de gouvernement de la coalition Vivaldi » VRT NWS publié le 30/09/20 consulté en ligne sur [https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2020/09/30/ce-que-l-on-sait-sur-laccord-de-](https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2020/09/30/ce-que-l-on-sait-sur-laccord-de-gouvernement-de-la-coalition-)

[gouvernement-de-la-coalition-viv/#:~:text=Le%20secteur%20de%20la%20sant%C3%A9,5%25%20%C3%A0%20partir%20de%202022.&text=Elle%20sera%20fix%C3%A9e%20%C3%A0%202,%2Dsociale%2C%20ajoute%20la%20Vivaldi.](https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2020/09/30/ce-que-l-on-sait-sur-laccord-de-gouvernement-de-la-coalition-viv/#:~:text=Le%20secteur%20de%20la%20sant%C3%A9,5%25%20%C3%A0%20partir%20de%202022.&text=Elle%20sera%20fix%C3%A9e%20%C3%A0%202,%2Dsociale%2C%20ajoute%20la%20Vivaldi.)

³⁸ Conseil de l'Union Européenne : « Déclaration des ministres des finances de l'UE sur le pacte de stabilité et de croissance à la lumière de la crise du COVID-19 » Communiqué de presse du 23/03/2020 consulté en ligne le 10/09/20 sur <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2020/03/23/statement-of-eu-ministers-of-finance-on-the-stability-and-growth-pact-in-light-of-the-covid-19-crisis/>

Pour les hôpitaux en particulier, l'analyse MAHA des dernières années montrent que de nombreuses institutions présentent un résultat négatif en fin d'année. La dernière étude MAHA montre qu'en 2019 c'était 34% d'hôpitaux dans le rouge et les études précédentes montrent que la tendance tourne autour de minimum 30% d'hôpitaux déficitaires depuis 2012. En 2019, 16 institutions sur 87 sont incapables de financer grâce à leur cash-flow leur dette à long terme échéant dans l'année et une institution présente un cash-flow négatif. Pour l'ensemble des hôpitaux, le ratio entre le cash-flow et les dettes à long terme à échéance pour l'ensemble des hôpitaux généraux est de 1,52 en 2019 ; globalement ils sont donc capables de payer leurs dettes échéantes. Le rapport conclut par « un bon nombre d'hôpitaux génèrent un cash-flow insuffisant pour assurer leur capacité d'investissement future ».

Face aux contraintes budgétaires et aux difficultés financières, le défi des hôpitaux est de se réorganiser ensemble pour gagner en efficience. Ils doivent être capables de répondre aux besoins des patients et de continuer à investir.

Chapitre 2 : La réforme menée par le gouvernement belge entre 2014 et 2018

Cette partie se concentrera en premier lieu sur les objectifs de la réforme et de la mise en place des réseaux hospitaliers. Cette réorganisation du paysage hospitalier s'établit sur des fondements scientifiques concernant la recherche en qualité, en efficience et la mise en place de soins coordonnés.

En deuxième lieu, le contenu de la réforme sera détaillé : ses débuts, la mise en place d'une structure de gouvernance particulière et les instruments stratégiques de l'Etat permettant de concrétiser cette réforme. En pratique, les hôpitaux doivent avoir constitué un réseau depuis le 1^{er} janvier 2020, la mise en œuvre en Wallonie sera brièvement expliquée plus loin dans le texte.

En dernier lieu, nous verrons que cette réforme du paysage hospitalier est complétée par un changement dans le système de financement des hôpitaux.

2.1 Les objectifs de la réforme

La réforme de la précédente Ministre de la Santé, Maggie De Block veut apporter une réponse aux défis expliqués précédemment. Pour ce faire, le paysage hospitalier est remodelé par la mise en place des réseaux hospitaliers. La note conceptuelle³⁹ définit l'objectif des réseaux cliniques locorégionaux comme « un nouveau modèle d'organisation afin de proposer des missions de soins locorégionales de qualité, efficaces et accessibles aux patients situés dans une zone géographique déterminée, et ce grâce à la collaboration clinique entre hôpitaux. » Le point de départ de cette réforme est de promouvoir la collaboration entre les hôpitaux. Ceux-ci doivent garantir l'accessibilité à une population déterminée en répartissant les différentes missions locorégionales entre eux, le but étant de fournir une offre médicale pour le réseau correspondant aux besoins des patients. Cette réforme s'accompagne de la mise en œuvre progressive d'une nouvelle méthode de financement, non plus à l'acte mais par forfait.

³⁹ De Block M. « Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé » 17/05/2017
Disponible en ligne sur <http://www.setca-namur.org/actus/2017/5/maggie-de-block-r%C3%A9forme-du-paysage-hospitalier>

Ceci a pour conséquence de favoriser la qualité et non le nombre d'actes comme c'était le cas auparavant.

L'objectif principal de cette réforme est la mise en place des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Un réseau est défini par la loi⁴⁰ comme « une collaboration dotée de la personnalité juridique, durable et juridiquement formalisée [...] entre au moins deux hôpitaux[...] se trouvant dans une zone géographiquement continue [...] ». Ce nouveau modèle d'organisation se base sur la collaboration entre hôpitaux, dans le but d'offrir des soins de qualité, efficaces et accessibles à des patients d'une même zone. La mise en œuvre de cette collaboration doit atténuer cette compétition entre les différents hôpitaux. Chaque hôpital ne se spécialise plus dans tous les domaines et ne se bat plus contre les autres hôpitaux pour attirer un maximum de patients. L'offre de l'un vient compléter l'offre de l'autre, et non la substituer. La loi le mentionne explicitement dans la définition des réseaux : « entre au moins deux hôpitaux [...] qui proposent des missions de soins locorégionales de manière rationnelle et complémentaire ». Répartir l'offre de soins dans les différents hôpitaux permet ainsi d'empêcher que chaque hôpital propose l'ensemble des soins, ce qui empêche la création d'une expertise et freine le processus de spécialisation des médecins. Cette nouvelle organisation doit apporter aussi plus d'efficacité aux hôpitaux. Cependant, avant la réforme, les hôpitaux avaient déjà la possibilité de collaborer. Cette réforme apporte donc un cadre légal et une obligation de collaborer ou en tout cas de former un réseau avec d'autres hôpitaux. Par contre, la réforme n'encourage pas les hôpitaux à fusionner. Les hôpitaux individuels continuent de fournir les soins, gardent leur identité juridique et leur entière responsabilité financière.

La vision à plus long terme de cette réforme est que les hôpitaux collaborent non seulement entre eux, mais également avec d'autres prestataires en dehors de l'hôpital comme la première ligne. Celui-ci doit dans le futur devenir un maillon dans la chaîne de soins.

Enfin, cette réforme est également complétée par la réforme du financement des hôpitaux. Ce financement doit permettre à ceux-ci de fonctionner correctement et de favoriser la coordination des soins et la répartition des soins. L'objectif est d'augmenter la qualité des soins et d'apporter plus d'efficacité. Pour y arriver, le mode de financement à l'acte évolue vers un mode de financement forfaitaire. Les parcours de soins pouvant être définis et planifiés à l'avance sont standardisés et poussés vers une amélioration continue des processus. Chaque hôpital reçoit le même forfait pour ce genre de pathologie et a donc intérêt à améliorer sa prise en charge. (De Block, 2015)

⁴⁰ Chapitre 1 Section 13 de la Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Consulté le 11/07/2020 en ligne sur

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2008071090&table_name=loi

Pour synthétiser, l'objectif de cette réforme est de « garantir à tous les citoyens de ce pays des soins de santé payables, accessibles et de haute qualité. »⁴¹ Le but est donc de réorganiser le paysage hospitalier grâce à la mise en place d'un cadre de collaboration. Ce cadre s'accompagne d'un nouveau mode de financement partiellement forfaitaire.

2.2 Les fondements scientifiques de la réforme

La réforme du paysage hospitalier correspond d'une part à certains points de la littérature sur la recherche de qualité en concentrant les soins dans un nombre limité d'hôpitaux, augmentant ainsi le volume et favorisant l'expertise des centres. La littérature indique d'autre part que la coopération peut rendre les hôpitaux plus efficaces, notamment par la création d'économies d'échelle. Enfin, de nombreux auteurs se sont intéressés aux patients atteints de maladies chroniques et leur besoin de soins coordonnés, alors que pour l'instant les soins sont fragmentés. La littérature explique que la collaboration entre les acteurs peut apporter une réponse à ce besoin de continuité dans les soins. La réforme n'apporte qu'une réponse partielle étant donné que, même si les hôpitaux ont pour ambition d'être plus coordonnés par la mise en place des réseaux, ils restent indépendants de la première ligne de soins et des structures pour les personnes âgées.

Le premier objectif est la qualité. La littérature confirme le lien entre le volume d'activité et la qualité des soins et pas seulement pour les cancers rares. Par exemple, Jolback et al. (2019) s'intéressent à l'arthroplastie de la hanche et obtiennent comme résultat que, plus le volume d'activité du chirurgien augmente, plus le risque d'avoir des effets indésirables suite à cette opération diminue. Com-Ruelle et al. (2008) expliquent que ce lien existe principalement pour les interventions cardio-vasculaires, la chirurgie complexe et les cancers. La corrélation volume-qualité augmente avec la spécificité des interventions. Ceci s'explique par un effet d'apprentissage du chirurgien, de son expérience accumulée à force de pratiquer la même intervention et d'une meilleure organisation pour cette procédure (Com-Ruelle et al. 2008). D'autres auteurs comme Mallet et Duchêne (2008) parlent d'hyperspécialisation des pratiques médicales. Les praticiens se spécialisent par exemple sur un type de cancer pour un organe en particulier. Ils sont poussés à se spécialiser pour être capables de suivre les progrès techniques et la complexification des savoirs (Bercot, Mathieu-Fritz, 2007). Huguet (2020), Fischer et al. (2017) expliquent par contre que la centralisation de certains soins spécialisés diminue

⁴¹ De Block (2015) : « plan d'approche réforme du financement des hôpitaux »

l'accessibilité des soins, certains patients doivent réaliser de plus longs trajets pour se faire soigner.

Ce ciblage sur un type de pathologie a pour conséquence de fragmenter la prise en charge du patient (Mallet et Duchêne, 2008). Cette fragmentation ne permet pas de répondre correctement aux besoins des patients atteints de maladies chroniques. Ces patients doivent recevoir une prise en charge coordonnée. Pour ce genre de pathologie, l'hôpital n'est plus le centre du système de santé. Ils ont besoin d'une équipe multidisciplinaire comprenant des prestataires de soins mais également des acteurs du secteur social (Belche et al. 2015). Belche et al. (2015) ajoutent qu'il faut un responsable de la coordination des soins, surtout lorsque les patients souffrent de comorbidité. La prise en charge comprend un volet préventif, dans le sens où celle-ci permet d'éviter au maximum aux patients les passages aigus de la maladie. Le patient n'est plus passif, il devient un véritable acteur de son traitement (Borgès Da Silva, 2015). Belche et al. (2015) vont dans ce sens et présentent la notion de soins intégrés et de soins transmuraux. Ils se basent sur une mise en réseau, la coordination des prestataires et sur une approche centrée sur le patient et non sur la maladie. Selon ces auteurs, le médecin généraliste peut jouer le rôle de coordinateur de soins. Les soins dans les hôpitaux doivent également être coordonnés entre les différentes spécialités. Le partage d'informations entre l'hôpital, le patient et les acteurs transmuraux est crucial pour une bonne transition lors du retour du patient vers son domicile. La littérature confirme donc le fait que l'hôpital doit devenir un maillon dans la chaîne de soins intégrés, ce qui constitue un objectif à long terme de cette réforme.

Le deuxième objectif de cette mise en réseau est la recherche de toujours plus d'efficacité et d'efficience dans le secteur hospitalier grâce à la collaboration. Certains auteurs ont étudié l'intérêt économique pour un hôpital de collaborer. Paul (2014) par exemple, reprend la théorie économique pour expliquer les raisons d'une collaboration sur le quasi-marché de la santé. Celle-ci prend forme lorsque les hôpitaux sont limités au niveau des ressources (ressources médicales et le capital pour investir). La collaboration augmente le nombre de patients d'une même pathologie à traiter par une équipe. Comme la production de soins répond à la logique des rendements d'échelles croissantes, plus l'hôpital soigne des patients pour la même pathologie, plus il réduit le coût unitaire du soin. Il a donc tout intérêt à utiliser au maximum ses capacités pour générer des économies d'échelle. Concentrer l'offre de soins est un objectif de cette réforme qui permettra aux hôpitaux de soigner un volume de patients supérieur et d'être plus efficient. L'efficience se définit comme « l'optimisation des outils pour parvenir à un résultat. C'est le rapport entre les résultats et les ressources mobilisées » (Collin et al. 2015).

Collin et al. (2015) soulignent également le phénomène d'hyperspécialisation, l'hôpital se spécialise dans une activité pour d'une part améliorer la qualité des soins et d'autre part profiter des économies d'échelle. Cette spécialisation des soins, et de la médecine en général, repose de plus en plus sur des innovations techniques, des infrastructures lourdes en imagerie, de la robotisation et des laboratoires sophistiqués. Ceux-ci mobilisent des ressources financières et du personnel spécialisé. Cette complexification des soins est une autre raison qui pousse les hôpitaux à se spécialiser, à développer leur avantage comparatif et à concentrer leur investissement uniquement sur certaines activités. Les hôpitaux ne sont plus des spécialistes dans tous les domaines (Collin et al. 2015). La coopération hospitalière permet aux patients de bénéficier des meilleurs soins, soit ceux dans lesquels les hôpitaux se sont spécialisés et permet aussi de garantir la prise en charge complète du patient.

La littérature justifie donc l'intérêt de collaborer pour générer des économies d'échelle. La concentration de l'offre apporte le volume nécessaire pour maximiser les capacités de l'hôpital. La littérature s'est également intéressée à la taille que doit avoir un hôpital pour générer des économies d'échelle. Paul (2014) explique que la taille d'un établissement influence la qualité et les économies d'échelle. Ahgren (2008) a réalisé une étude pour répondre à la question suivante : « Is it better to be big ? ». Il tire comme conclusion que la fusion n'a pas généré davantage d'économies d'échelle ni augmenté la qualité des soins. Cependant, cela a encouragé la collaboration avec des cliniques spécialisées. Il reprend l'idée développée par Grönqvist, Andersson et Ahgren (1997)⁴² où les économies d'échelle apparaîtraient à partir de 200 lits et le coût moyen par lit augmenterait si l'hôpital dépasse 400 lits. Cette norme est vérifiée pour un seul site et non pour deux hôpitaux fusionnés, espacés géographiquement. De même, Giancotti et al. (2017) ont recensé différentes études sur les économies d'échelle et l'efficacité. Pour ces auteurs, la taille idéale pour un bon rendement d'échelle est comprise entre 200-300 lits et 600 lits. Par contre, en-dessous de 200 et au-dessus de 600 lits, les rendements d'échelle sont décroissants, l'hôpital réalise des déséconomies. Différents facteurs influencent l'efficacité, notamment le type de soins offerts, si c'est un hôpital public ou privé ou encore si c'est un hôpital universitaire. Paul (2014) explique que même si la taille peut jouer sur le coût de production des soins, il existe un effet d'encombrement une fois que la structure devient trop grande. Les collaborations permettent de limiter cet effet négatif tout en générant des économies d'échelle. La littérature explicite donc le lien entre la taille de l'hôpital et les économies d'échelle et préconise de se situer entre 200 et 600 lits. Pourtant en Wallonie, certains hôpitaux ont décidé de former de plus gros hôpitaux, notamment le Grand Hôpital de Charleroi, qui regroupera les fonctions médicales actuellement réparties sur cinq sites.

⁴² Grönqvist E, Andersson B Ahgren B (1997) "Big or small hospitals-does it have any importance for productivity? (In Swedish) cité dans Ahgren B (2008) "Is it Better to be big" The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden" *Health Policy*

Cet hôpital aura une capacité d'environ 900 lits⁴³. Ce n'est pas le seul hôpital à fusionner plusieurs sites sur un seul, c'est également le cas pour le réseau Vivalia en 2025 ou encore le CHC MontLégia, institution de 720 lits inaugurée en 2020, regroupant les activités de trois hôpitaux.

De même, la littérature explique une stratégie plus globale pour les hôpitaux, stratégie basée sur l'efficacité. Collin et al. (2015) la développent comme telle : « le reengineering organisationnel inter-établissement », processus visant à accroître la productivité grâce à une reconstruction de la coopération pour adopter une stratégie commune et diminuer la concurrence entre les établissements liés. Cette coopération devient le moyen central pour atteindre l'efficacité. Ces mêmes auteurs parlent également d'une « optimisation territoriale du portefeuille d'activité ». Suite à la spécialisation des établissements, ceux-ci doivent ensemble mieux répondre à la demande. Cette spécialisation doit aboutir à une répartition, voire un abandon d'activités pour certains établissements. Les établissements répondent ensemble à la demande et bénéficient des effets d'échelles et d'expériences. Ce phénomène implique une gestion concentrée des ressources humaines, un élément rare et un enjeu pour les institutions de soins. La coopération permet la mutualisation du personnel et donc l'expertise entre les sites. Pour gérer les ressources humaines de manière concentrée, il est nécessaire d'impliquer les médecins. Ceux-ci doivent comprendre les avantages à coopérer. Les médecins peuvent légitimer cette collaboration. Les parties prenantes doivent être prises en compte pour créer un lien entre la stratégie économique et la stratégie médicale. La réforme, par l'installation des réseaux, peut aboutir vers ce genre de stratégie suivant le niveau d'intégration des hôpitaux. La littérature confirme donc qu'il est possible pour un hôpital d'être plus efficace en abandonnant certaines activités à d'autres établissements.

Enfin, cette recherche d'efficacité s'applique aux fonctions de support comme la logistique, la stérilisation, la production d'information médicale, la gestion des ressources humaines, la finance ou encore le service des achats. (Collin et al. 2015) La diffusion de l'expérience et des pratiques et la réduction des effectifs pour un même volume de travail permettent d'obtenir des gains supplémentaires. Baude et al. (2015) décrivent ce principe de mutualisation comme étant le partage de certaines ressources et investissements afin de réaliser une activité en commun. Thiry (2020) développe le cas de trois hôpitaux wallons (Clinique Saint-Luc de Bouge et le CHU UCL Namur uniquement pour les sites de Dinant et Saint-Elisabeth, l'hôpital de Godinne n'est pas prévu dans le projet pour l'instant). Leurs infrastructures respectives pour la stérilisation des dispositifs médicaux nécessitaient une mise aux normes et les locaux étaient trop petits. Ils ont décidé de centraliser leur service de stérilisation, pour répondre aux normes,

⁴³ Le Grand Hôpital de Charleroi : « Le nouvel Hôpital » consulté en ligne le 20/11/20 sur <https://www.ghdc.be/le-nouvel-hopital>

améliorer la qualité, et réaliser des économies d'échelle. Les institutions hospitalières détiendront le nouveau site mais l'exploitation et la gestion seront mandatées à un prestataire privé. C'est donc à la fois une stratégie de mutualisation via le partage de moyens, et une stratégie d'externalisation pour les compétences et les risques liés à cette activité. Ce processus sera suivi par une personne extérieure à la société pour en garantir la qualité. Cependant, externaliser la stérilisation présente trois inconvénients. C'est une activité critique pour garantir la sécurité du patient. L'hôpital doit être capable de contrôler la qualité du service du prestataire externe pour que la sécurité du patient soit maximale. Ensuite, si cette activité n'est plus réalisée sur le site de l'hôpital, il faut pouvoir garantir le processus de façon à ne jamais créer de rupture de stock de dispositifs médicaux, prévoir suffisamment de transports entre l'hôpital et le prestataire privé. Enfin, il faut prendre en compte la marge du prestataire et la taxe sur la valeur ajoutée, qui viennent se greffer au coût de la stérilisation si c'est une entreprise privée (Tlahig, 2009).

Janssens et al. (2012), quant à eux, expliquent le concept de services partagés comme étant « la standardisation et le renforcement des fonctions communes entre différentes organisations dans le but de limiter le processus de dédoublement de l'information et d'accroître le partage d'informations et de connaissances ». Au lieu d'un service de support dans chaque établissement, ces fonctions sont centralisées. Le « back office partagé » (Baude et al. 2015) apporte également une homogénéisation des services. Aboutir à une même procédure, un même système informatique et disposer d'une équipe pointue bénéficiant de l'apprentissage collectif permet d'augmenter la qualité.

Selon Nollet et Beaulieu (2003), le concept de groupe d'achats est un « cadre au moyen duquel de multiples organisations consolident leurs volumes d'achats en vue d'effectuer une négociation unique et ainsi de profiter d'économies d'échelle qui leur procurent de meilleures conditions ». En d'autres termes, le regroupement de plusieurs hôpitaux pour le processus d'achat commun permet de créer une centrale d'achat, utile pour les marchés publics. En effet, depuis le 1 juillet 2013, les hôpitaux sont soumis à la réglementation des marchés publics. Cette mutualisation engendre de plus gros volumes d'achats, ce qui augmente le pouvoir de négociation avec les fournisseurs et engendre des meilleurs prix ou des meilleures conditions. La procédure d'achat public comprend plusieurs phases telles que la définition du besoin, la passation du marché et l'exécution du contrat (Rousseau, 2017). Le nombre de parties prenantes, le nombre et la technicité des produits, les caractéristiques de l'environnement de la santé (législation, règles de remboursement, de financement...) complexifient le système d'achats hospitaliers (Montalan et Vincent, 2011) auquel on ajoute les règles des marchés publics, requérant une plus grande expertise de la part des acheteurs. L'objectif d'une centrale d'achats est d'obtenir des meilleurs prix tout en préservant la qualité. Ces centrales permettent d'obtenir une masse critique minimum permettant la réduction des coûts,

un meilleur fonctionnement avec les fournisseurs, le développement de certains produits, la spécialisation des acheteurs dans certaines catégories d'achats et le partage d'expertises entre les acheteurs. Les frais de négociations sont quant à eux repartis sur les membres du groupe.

Actuellement en Belgique, de nombreux établissements de soins se sont déjà regroupés pour optimiser leurs achats. Ces groupements sont parfois plus larges que les réseaux en vigueur à l'heure actuelle et ils ne sont pas tous développés de la même façon. A titre d'exemple, le réseau IRIS⁴⁴ a mis en place une structure « IRIS-achats » reprenant plusieurs hôpitaux, celle-ci organise les marchés publics de produits, de services et d'équipements pour ceux-ci, le but étant de :

- « fournir aux hôpitaux et à leurs patients les meilleurs produits et services médicaux ;
- globaliser les achats à l'échelle du réseau afin d'obtenir les meilleures conditions d'approvisionnement ;
- fournir les équipements médicaux les plus performants ;
- garantir leur coût d'utilisation à des conditions optimales. »

Pour disposer de la meilleure expertise, une équipe spécialisée travaille en collaboration avec des membres des hôpitaux (association d'acheteurs, de pharmaciens, d'experts et d'utilisateurs).

La note conceptuelle³⁹ de la ministre ne prévoit pas de règle contraignante au niveau des achats dans la réforme à l'inverse de la réforme qui a eu lieu en France avec les Groupements Hospitaliers de Territoire (Rousseau 2017).

La littérature confirme donc la possibilité et l'intérêt pour les hôpitaux de collaborer en ce qui concerne les fonctions de support. Plusieurs possibilités de collaboration sont possibles, pour obtenir ainsi une meilleure allocation des ressources, un personnel plus expérimenté et une qualité accrue.

⁴⁴ Le réseau IRIS « IRIS-ACHATS » consulté le 04/08/20 en ligne sur <https://www.iris-hopitaux.be/fr/le-reseau-iris/nos-structures/iris-achats-3>

2.3 Le contenu de la réforme

L'histoire de cette réforme démarre en 2014 et les premières modalités prennent effets début de l'année 2020. L'impact principal est que tous les hôpitaux doivent former un réseau avec au minimum un autre hôpital. Ce réseau possède une structure juridique distincte des hôpitaux avec son propre organe de gestion et des missions particulières attribuées par la loi. Nous verrons en quoi cette réforme modifie la gouvernance dans le secteur hospitalier. Notons que, seule, la réforme n'a que très peu d'impact sur l'objectif poursuivi, à savoir une meilleure répartition de l'offre de soins. D'autres outils sont à la disposition de l'Etat pour garantir la qualité des soins, à savoir les critères de programmation, les normes d'agrément et les conventions INAMI. Même si cette réforme est très récente, des différences d'implantation de celle-ci sont visibles sur le terrain.

Les débuts de la réforme

L'accord du gouvernement du 10 octobre 2014⁴⁵ mentionne pour la première fois cette réforme du paysage hospitalier. Ensuite, l'ancienne Ministre fédérale de la Santé publique a publié le 28 avril 2015 son « Plan d'approche pour la Réforme du financement des hôpitaux »⁴⁶, présentant le concept de réseau hospitalier. Suite à la sixième réforme de l'Etat en 2014, certains éléments de la politique de santé ont été transférés aux entités fédérées notamment le financement de l'infrastructure hospitalière. Le gouvernement et les entités fédérées ont donc le 29/06/15⁴⁷ validé le nouveau rôle de l'hôpital dans le secteur des soins de santé et la création des réseaux. Le 15 décembre 2016, le KCE a réalisé une étude sur les formes de collaboration possibles et les structures de gouvernance. Cette étude propose trois nouvelles formes de collaboration : le système de soins intégré, le réseau coordonné et l'initiative de collaboration autonome. Le KCE recommande que les parties prenantes gardent une certaine liberté quant à ce choix de structure de gouvernance. Ce cadre de collaboration doit être compatible avec la situation actuelle et les rapprochements déjà présents. La confiance entre les hôpitaux permettra par la suite le développement d'une collaboration plus intégrée avec une plus grande répartition des activités et une meilleure coordination des soins. Suite à l'avis donné par le KCE, le 17 mai

⁴⁵ RTBF : « Découvrez le texte complet de l'accord de gouvernement » publié le 09/10/14 consulté en ligne le 19/11/20 sur https://www.rtb.be/info/belgique/detail_decouvrez-le-texte-complet-de-l-accord-de-gouvernement?id=8374397

⁴⁶ De Block : « Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux » 28/04/2015 consulté le 19/11/20 en ligne sur https://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user_upload/News/2015/fr/Plan_d_approche_Reforme_Hopitaux_FR.pdf

⁴⁷ Service public fédéral de la Santé : « Déclaration commune nouveau rôle hôpital dans le paysage des soins de santé 29/06/2015 » consulté en ligne le 19/11/20 sur <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/declaration-commune-nouveau-role-hopital-dans-le-paysage-des-soins-de-sante-29-06-2015>

2017³⁹, la Ministre de la Santé détaille la réforme dans sa note conceptuelle : « Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé ». Le rôle central du réseau clinique locorégional y est approfondi. Le 28 février 2019 enfin, la loi sur les hôpitaux est modifiée et les principes concernant le réseautage clinique sont ajoutés. A partir du 1^{er} janvier 2020, les hôpitaux ont l'obligation de faire partie d'un réseau. On remarque qu'il aura fallu presque cinq ans pour passer du plan à son début de mise en œuvre.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les hôpitaux belges doivent faire partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional. Il y a au total maximum 25 réseaux, couvrant chacun une zone géographique déterminée, représentant entre 400.000 et 500.000 patients. La mise en réseau des hôpitaux doit permettre une meilleure répartition des missions de soins à savoir : l'ensemble des « activités liées à un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un appareillage médical lourd, un service médical, un service médico-technique ou un programme de soins »⁴⁸. Cette meilleure répartition se concrétise par une distinction entre les missions de soins locorégionales et les missions de soins suprarégionales. Les premières sont proposées dans chaque réseau hospitalier locorégional tandis que les secondes ne sont proposées que dans certains réseaux hospitaliers. Les hôpitaux proposant les missions de soins suprarégionales sont qualifiés de « points de référence ». Cette concentration de certaines missions de soins a pour but d'augmenter le volume de ces hôpitaux pour ces missions particulières et donc d'augmenter la qualité et l'efficacité. Cette distinction entre une mission locorégionale ou suprarégionale dépend de plusieurs critères comme la fréquence ou l'urgence des soins, le niveau d'expertise nécessaire ou encore les infrastructures requises. Une seconde distinction établit qu'une mission de soins locorégionales peut être générale (par exemple, l'hospitalisation de jour) ou spécialisée (par exemple, les maternités). De cette distinction dépend le nombre d'hôpitaux proposant ces activités de soins. Les hôpitaux considérés comme des points de référence pourront proposer des missions de référence ou des missions suprarégionales universitaires. Une telle répartition entre les différentes missions a de lourdes conséquences sur l'organisation d'un hôpital, mais pour l'instant il n'existe pas de texte législatif détaillant quelle mission de soins est locorégionale ou suprarégionale.

La gouvernance du réseau hospitalier

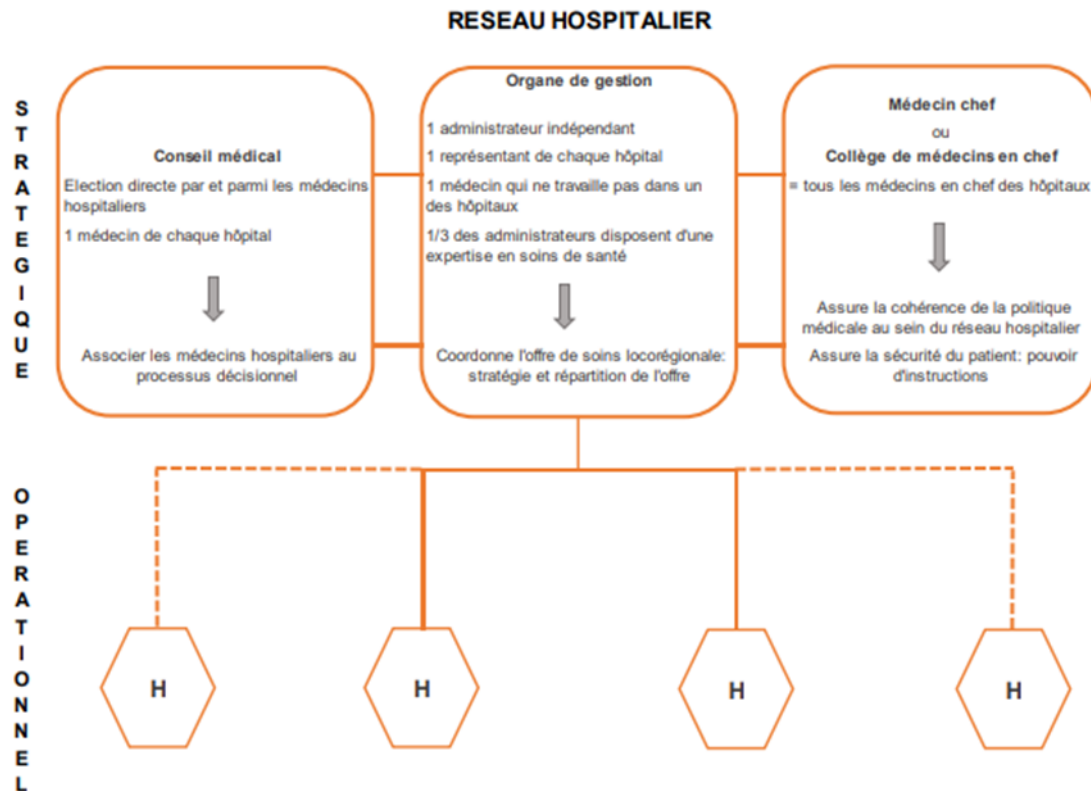
La réforme n'impacte pour l'instant pas l'organisation des soins de santé ni leur répartition. Par contre, celle-ci modifie depuis le 1^{er} janvier 2020 la gouvernance des institutions de santé. Les

⁴⁸ ⁴⁸ Chapitre 1 Section 13 de la Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Consulté le 11/07/2020 en ligne sur

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2008071090&table_name=loi

décisions du réseau hospitalier ont des conséquences sur les hôpitaux membres de celui-ci. Le système hospitalier est à présent scindé en un niveau stratégique, celui du réseau, et un niveau opérationnel, celui de chaque hôpital.

Figure 4 : Organigramme du réseau hospitalier⁴⁹



Niveau stratégique : les réseaux

Cet organigramme représente la gouvernance du réseau hospitalier. Tout d'abord, au niveau de l'organe de gestion, celui-ci se compose au minimum d'un membre de l'organe de gestion de chaque hôpital, d'un administrateur indépendant et d'un médecin ne travaillant pas dans un des hôpitaux de ce réseau. Un tiers des membres de l'organe de gestion a une expertise en matière de soins de santé. De cette représentation des hôpitaux dans l'organe de gestion du réseau va dépendre la manière dont les décisions sont prises et comment le pouvoir est réparti entre les hôpitaux.

Ensuite, le conseil médical représente les médecins hospitaliers du réseau. Le médecin chef ou le collège de médecins chef du réseau dispose d'un pouvoir de décision prévalant sur les

⁴⁹ GIBBIS « Focus : Le réseautage clinique » consulté en ligne le 11/10/20 sur <https://www.gibbis.be/fr/toutes-les-actualites/item/2078-focus>

décisions des médecins chef dans les hôpitaux concernant la politique médicale au sein du réseau et la sécurité du patient.

La loi attribue plusieurs fonctions au réseau hospitalier. Tout d'abord, au niveau stratégique, le réseau prend les décisions concernant la répartition des missions de soins entre les hôpitaux membres de celui-ci. Il vérifie que toutes les missions de soins locorégionales sont accessibles aux patients. Il choisit les points de référence et établit des accords concernant les missions de soins non proposés dans le réseau. La loi laisse l'option aux réseaux de choisir plusieurs points de référence, par exemple pour les réseaux présents dans les deux zones linguistiques ou encore parce que l'autre point de référence peut intervenir plus rapidement. Les critères de choix à prendre en compte sont, en premier lieu, la qualité des soins pour le patient et en second temps, les frais et la durée de déplacement, surtout si le patient doit se rendre plusieurs fois dans le point de référence. Ces accords entre le réseau et les points de référence mentionnent les modalités concernant l'adressage et le renvoi des patients entre les hôpitaux. Définir la procédure de transfert d'un patient d'un hôpital à un autre a pour but de garantir la continuité des soins. Ces transferts permettent d'assurer au patient qu'il recevra les meilleurs soins. Le réseau est également responsable de toutes les matières au niveau du réseau et également des moyens, notamment financiers, nécessaires à son fonctionnement.

La loi établit donc un cadre minimal de collaboration mais laisse la liberté aux hôpitaux de transférer d'autres activités vers le réseau et ainsi augmenter progressivement le niveau d'intégration, une fois que la confiance entre les hôpitaux est établie. La note conceptuelle³⁹ mentionne ces missions de collaboration non obligatoires de par la loi (mais recommandées) pour le réseau. La note conceptuelle mentionne aussi des accords financiers entre les hôpitaux du réseau concernant les ressources humaines, les finances, l'organisation des missions de soins locorégionales. Le réseau peut également prévoir un statut unique pour les médecins du réseau, ce qui est compliqué dans le cas d'un hôpital universitaire, qui comprend une majorité de médecins salariés alors qu'un hôpital général travaille principalement avec des médecins sous statut d'indépendant. Une autre mission recommandée pour le réseau est la collaboration des services de support et autres services non cliniques (le service logistique, les services de support, les technologies de l'information et de la communication, la pharmacie, les achats, les ressources humaines...). Le réseau peut aussi mettre en place des études cliniques communes, une politique commune concernant la qualité, l'audit médical, la protection de la vie privée ou encore la formation continue. La loi a prévu une procédure de transfert de compétences des hôpitaux vers le réseau mais celle-ci nécessite par contre l'accord de chaque conseil médical des hôpitaux membres si le transfert touche le statut du médecin hospitalier. Cette réforme laisse donc la liberté aux parties prenantes quant au choix de collaborer pour la réalisation des activités non médicales.

Niveau opérationnel : les hôpitaux

Par opposition aux missions du réseau, la loi mentionne explicitement certaines missions réservées à l'hôpital. Celui-ci est responsable de l'harmonisation de l'offre médicale avec les autres hôpitaux membres du réseau. De même, il doit mettre en œuvre l'ensemble des décisions prises au niveau du réseau, notamment la procédure d'adressage et de renvoi de patients, garantissant la continuité des soins. Le patient doit toujours être traité dans l'hôpital convenant le mieux à ses besoins, c'est-à-dire disposant de l'infrastructure et de l'expertise la plus adaptée. Pour les missions de soins suprarégionales, le patient sera donc transféré vers le point de référence avec lequel le réseau a conclu un accord, mais tout en respectant le libre choix du patient. D'une manière plus générale, l'hôpital reste responsable de l'organisation opérationnelle des activités de soins, ce qui permet de conserver en partie l'identité de chaque institution.

Les conventions INAMI, les critères de programmation et les normes d'agrément

En plus de cette distinction entre les missions locorégionales et suprarégionales, d'autres interventions de l'Etat sont nécessaires pour contraindre les hôpitaux à collaborer. L'Etat dispose de trois moyens pour réajuster l'offre de soins : les conventions INAMI, les critères de programmation et les normes d'agrément.

Les critères de programmation sont une compétence fédérale et permettent de fixer des règles pour chaque type d'hôpital et pour les missions de soins. Ceux-ci sont contraignants pour les hôpitaux, ces critères définissent par exemple la spécialisation, la capacité et l'équipement qu'un hôpital doit posséder. En outre, ils peuvent se définir en un nombre de lits par rapport à une donnée démographique ou par entité fédérée par exemple.

L'agrément est l'approbation par l'Etat qu'un hôpital satisfait à certaines normes. L'hôpital, les services hospitaliers et les programmes de soins ne peuvent pas fonctionner ni être financés sans cet agrément. Pour fonctionner, un hôpital respecte donc des normes de base, applicables à tous les hôpitaux (normes architecturales par exemple), des normes complémentaires pour les hôpitaux (par exemple, disposer d'une fonction de radiologie), des normes complémentaires par service (par exemple minimum 400 accouchements par an pour le service de maternité) et des normes spéciales applicables sur des activités spécifiques (par exemple, les soins intensifs doivent proposer minimum six lits surveillés)(Crommelynck, 2013). Depuis la sixième réforme de l'Etat, les entités fédérées sont compétentes pour définir les normes d'agrément, elles étaient auparavant uniquement compétentes pour délivrer l'agrément et effectuer les inspections.

Les normes d'agrément peuvent également ajuster l'offre de soins. L'ancienne Ministre de la Santé précise dans sa note conceptuelle³⁹ que les normes concernant l'activité minimale devraient être mieux contrôlées par les autorités fédérées pour augmenter la qualité de soins.

Le dernier moyen est la convention INAMI, un accord entre l'institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) et un centre de soins. Le but de cette convention est de garantir la qualité des soins. Chaque convention fixe des critères au niveau de l'expertise de l'équipe multidisciplinaire, au niveau de l'infrastructure nécessaire, ou du niveau d'activité. Ces conditions doivent être remplies pour que l'assurance-maladie obligatoire intervienne dans le remboursement des frais du patient. Un nombre maximum de conventions peut être prévu par l'INAMI.

Un exemple concret repris dans cette liste des soins à concentrer de la note conceptuelle³⁹ est le programme de soins en oncologie, plus particulièrement les centres de référence de chirurgie pour tumeurs rares. La note conceptuelle de 17/05/17 mentionne une convention INAMI en préparation. Le site de l'INAMI⁵⁰ présente la convention entre le comité de l'assurance du service des soins de santé de l'INAMI et les établissements de soins agréés pour le remboursement de la chirurgie complexe dans les tumeurs de l'œsophage, les tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne et les affections œsophagiennes non oncologiques (convention validée par le comité de l'assurance le 17/12/18). Sans convention, ce type de soins n'est pas remboursé aux patients, le but étant toujours d'améliorer la qualité grâce à un environnement adapté et une expertise suffisante. Le nombre de centres de soins est limité. La qualité est évaluée dans ce cas-ci grâce au taux de mortalité par établissement. La convention énonce que les hôpitaux, entre 2008 et 2015, présentent un taux de mortalité de 3,9% dans les 30 jours suivant l'intervention, contre 1,3% dans les établissements pratiquants au moins 20 interventions par an. Les résultats montrent la même tendance 90 jours après l'intervention. Pour analyser les effets de la convention, des indicateurs de processus et de résultats sont prévus, comme le taux de mortalité postopératoire.

L'article 5 de cette convention INAMI précise les conditions à remplir par le centre pour être conventionné et donc qualifié de centre de référence. Il doit :

- posséder l'agrément pour le programme de soins en oncologie ;
- avoir réalisé en 2016, 2017 et 2018 au moins 20 interventions au niveau de l'œsophage ou au moins 10 interventions au niveau de l'œsophage si ce centre a conclu un accord de coopération pour atteindre ensemble le minimum de 20 interventions (l'accord doit préciser à partir du 1/1/20 dans lequel des deux hôpitaux se feront les opérations futures) ;

⁵⁰ INAMI : « Chirurgie de l'œsophage : Remboursement dans un centre spécialisé conventionné »
Consulté en ligne le 24/07/20 disponible sur <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/soins/Pages/chirurgie-oesophage-remboursement.aspx>

- disposer de la formation, l'expertise, le nombre de médecins spécialistes et l'équipe d'infirmiers nécessaires ;
- établir un plan de croissance du centre expliquant comment sera organisé le développement du centre suite à l'augmentation du volume pour ce type d'intervention.

L'article 6 définit les obligations du centre, notamment l'obligation de « conclure des accords formels avec les établissements de soins qui réfèrent les patients afin de respecter les engagements énoncés aux articles 4, 5 et 6. Il s'agit de liens de coopération fonctionnels entre le centre et les établissements de soins qui réfèrent, selon le modèle de soins partagés, combinant expertise en matière de prise en charge et soins à proximité du domicile. »

Cette obligation permet de maintenir la continuité des soins et la sécurité du patient. Les hôpitaux qui ne sont pas des centres de référence sont obligés de par l'article 14/6 de la loi de conclure une collaboration avec un point de référence.

Les conventions INAMI, les critères de programmation et les normes d'agrément sont donc des moyens déjà utilisés actuellement pour garantir la qualité des soins. De par des critères et des normes, ces moyens limitent le nombre de centres de soins ou le nombre de missions de soins et répondent donc à l'objectif et au défi du secteur hospitalier d'augmenter le volume pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité. Certaines de ces normes sont récentes, comme pour le cancer de l'œsophage et de la nouvelle convention INAMI, alors que d'autres règles, comme le nombre minimum d'accouchements par an pour l'agrément d'un service maternité date de 1989 et pourraient être adaptées (Lefèvre et al. 2019). La note conceptuelle de l'ancienne Ministre de la Santé mentionne les missions de soins à limiter en priorité : maternité, pédiatrie, urgences, stroke-centers, radiothérapie, concentration des soins oncologiques (chirurgicaux) rares.

2.4 Aperçu de la mise en œuvre en Wallonie

Voici un aperçu du niveau d'avancement de la réforme en Wallonie. Cette analyse est limitée car elle se base uniquement sur les informations publiées dans la presse et sur les sites des hôpitaux. Le but est simplement de fournir un aperçu des différences présentes dans la mise en œuvre de cette réforme en Wallonie.

La loi laisse la liberté aux acteurs quant à la mise en œuvre, avec pour seule contrainte, d'être en réseau à partir du 1^{er} janvier 2020. Pour certains, les négociations ont été difficiles, par exemple dans la région de Charleroi, où l'on se retrouve avec deux réseaux pour cette région, parce que les négociations entre le Grand Hôpital de Charleroi (GHDC) et Le centre Hospitalier Universitaire de Charleroi étaient compliquées, l'un étant privé et l'autre public. La répartition des sièges au conseil d'administration posait problème, le GHDC souhaitait 60% des sièges

pour appliquer une répartition équivalente à celle du nombre de patients traités⁵¹. Finalement, ceux-ci ont formé d'une part le réseau Humani, composé uniquement d'hôpitaux publics et le réseau hospitalier de Charleroi Métropole.

D'autres hôpitaux, par contre, sont plus avancés dans leur processus de collaboration. Par exemple le réseau Move dans la province de Liège, collaborait déjà depuis 2015. Ce réseau comprend le Groupe santé du Centre hospitalier Chrétien (CHC), l'hôpital d'Eupen et Saint-Vith⁵². Ces deux derniers sont considérés comme des hôpitaux de proximité tandis que le Groupe santé CHC est un centre de référence pour plusieurs pathologies. Cette collaboration permet de transférer les cas lourds d'Eupen et Saint-Vith vers le Groupe santé CHC. Le laboratoire du Groupe santé CHC est également fusionné avec celui de Saint-Vith.

Le Réseau Hospitalier Namurois regroupe les hôpitaux du Namurois, dont certains ont fusionné récemment. Ils insistent sur la nécessité de créer un projet médical commun, et ce processus de collaboration se base sur des groupes de travail concernant le projet médical, les ressources humaines ou encore l'informatique⁵³.

Dans la province du Hainaut, deux réseaux sont présents. Le premier, le réseau Phare regroupe le CHWAPI, le CHR Haute-Senne, Epicura et le Centre Hospitalier de Mouscron. Les trois premiers hôpitaux collaboraient déjà deux ans avant la création du réseau le 25 avril 2019, notamment pour l'oncologie, pour la mise en place d'un dossier patient informatisé commun. Même constat au niveau des activités de supports : ils ont mis en place un groupement d'achat, un logiciel de paie commun pour le personnel, des formations en commun.⁵⁴ Le quatrième hôpital cité est entré plus tard dans le réseau, en novembre 2019.⁵⁵

Le second réseau du Hainaut rassemble le CHU Tivoli, les Centres Hospitaliers Jolimont, le CHU Ambroise Paré et le CHR Mons-Hainaut. Ils avaient chacun prévu des investissements et

⁵¹ D.A : « Deux réseaux hospitaliers en vue pour le Grand Charleroi » *La DH* publié en ligne sur <https://www.dhnet.be/regions/charleroi/deux-reseaux-hospitaliers-en-vue-pour-le-grand-charleroi-5e0e45239978e272f990ac06>

⁵² Groupe CHC : « Réseau hospitalier » consulté en ligne le 20/11/20 sur <https://www.chc.be/Le-Groupe-sante-CHC/A-propos/Reseau-hospitalier>

⁵³ Réseau Hospitalier Namurois « Ensemble pour un réseau hospitalier Namurois » consulté en ligne sur <https://www.chrn.be/a-la-une/ensemble-pour-un-r%C3%A9seau-hospitalier-namurois-rhn>

⁵⁴ Réseau Phare : « Le premier réseau hospitalier du Hainaut est constitué ! » Communiqué de presse du 25/04/2019 consulté le 24/11/20 en ligne sur <http://www.chrhautesenne.be/upload/presse/DOSSIER-DE-PRESSE.pdf>

⁵⁵ PM (2019) « Le centre hospitalier de Mouscron rejoint le réseau PHARE » *Le spécialiste* article du 04/11/2019 consulté en ligne le 24/11/20 <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/reseau-phare-nbsp-le-chm-rejoint-le-reseau-hospitalier-nbsp.html>

sont en train de les réajuster sous une optique en commun. De plus, la création d'un pôle logistique était prévue avant la réforme et ce avec des membres du réseau Phare, ils prévoient à présent de créer un centre logistique par réseau.⁵⁶

Le dernier cas est le réseau Vivalia dans la province du Luxembourg comprenant pour l'instant cinq hôpitaux généraux. Soulignons que cette structure a l'intention d'évoluer en deux hôpitaux aigus et cinq polycliniques pour des soins de proximité en 2025⁵⁷.

La mise en œuvre de ces réseaux dépend fortement de la confiance entre les parties. Pour certains, les discussions afin de collaborer ont été difficiles voire impossibles, alors que pour d'autres, une relation de confiance était déjà présente et donc cette réforme ne vient finalement qu'apporter un cadre légal et des possibilités supplémentaires pour augmenter le niveau d'intégration.

2.5 La réforme du financement

La réforme du financement vient en complément de la réforme du paysage hospitalier. Elle répond aux mêmes objectifs, à savoir augmenter la qualité des soins tout en étant efficace. Cela signifie développer un financement qui favorise la collaboration et non le nombre d'actes comme c'est le cas aujourd'hui. Avant d'expliquer plus en détails la réforme sur le financement, voici un bref aperçu du mode de financement des hôpitaux belges.

En 2017⁵⁸, le chiffre d'affaires des hôpitaux généraux belges est de 18,2 milliards d'euros et provient du budget des moyens financiers (36,7%), des honoraires des médecins (40%), de la vente de produits pharmaceutiques (18,1%) et d'autres sources (suppléments de chambres, forfaits conventions INAMI, produits accessoires).

⁵⁶ Groupe Jolimont « Rapport d'activité 2019 » consulté en ligne le 24/11/20 sur <https://www.jolimont.be/rapport2019>

⁵⁷ Vivalia « Vivalia 2025, c'est » consulté en ligne le 20/11/20 sur <https://www.vivalia.be/page/vivalia-2025-c-est>

⁵⁸ La Belgique en bonne santé « Sources de financement » mis à jour le 19/01/2020 consulté le 17/10/20 en ligne sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/financement-des-hopitaux-generaux/sources-de-financement#:~:text=Les%20principales%20sources%20de%20financement,ainsi%20que%20la%20quote%20part>

Le budget des moyens financiers⁵⁹(BMF) se divise principalement en trois parties :

-la partie A comprend les frais et charges relatifs aux investissements ;

-la partie B finance les frais de fonctionnement ;

-la partie C reprend les corrections de la partie B.

Le budget des moyens financiers comprend l'ensemble des frais d'un séjour du patient en chambre à plus d'un lit (Azoury, 2015).

Le financement des hôpitaux se base sur deux notions importantes : les lits justifiés et l'activité justifiée. En effet, la partie B2 « Frais de services hospitaliers » représente plus de 40%⁵⁸ du BMF et se base sur ces deux éléments. Cette partie B2 reprend les frais de personnel et les frais de produits médicaux de consommation. « Le nombre de journées justifiées d'un hôpital correspond à la somme de toutes les journées durant lesquelles les patients auraient séjourné à l'hôpital pendant un an, en ramenant chaque durée de séjour à la durée moyenne de séjour de tous les patients en Belgique atteints de la même affection »⁶⁰, tandis que le nombre de lits justifiés correspond au nombre de « lits utilisés à temps plein et à bon escient dans un hôpital »⁶⁰. Celui-ci est obtenu grâce au nombre de journées justifiées de l'hôpital divisé par un taux d'occupation normatif multiplié par 365. L'hôpital établit pour chaque patient un DM-RHM (« Dossier Médical- Résumé Hospitalier Minimum ») comprenant des informations concernant la pathologie, le diagnostic, les interventions, et des informations sur le patient. Ces données sont classées par groupe de pathologies (« All Patients Refined-Diagnosis Related Groups, ci-après APR-DRG) et envoyées au SPF Santé pour calculer la durée moyenne de séjour nationale par affection (Crommelynck, 2013).

Cela signifie que si un patient est hospitalisé plus longtemps que la moyenne nationale, les journées ne sont pas prises en compte dans la somme des journées justifiées et donc dans leur financement (Crommelynck, 2013).

Pour l'instant, chaque budget des moyens financiers est attribué à un hôpital. Chaque hôpital a, par conséquent, toujours intérêt à améliorer sa situation individuelle plutôt qu'à réfléchir globalement, sous forme de réseau. La loi prévoit pourtant que le Ministre de la Santé peut fixer

⁵⁹ Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux du 25 avril 2002, *Moniteur belge*, 30 mai.

⁶⁰ Crommelynck, A, Degraeve K, Lefèbre D : « L'organisation et le financement des hôpitaux », Supplément MC-Informations 253 septembre 2013, page 23

un BMF pour le réseau hospitalier clinique locorégional et plus une attribution à chaque hôpital individuellement.⁶¹ Cet article n'a pas encore été appliqué et n'est pas contraignant.

Les honoraires des médecins sont une autre source importante de revenus pour les hôpitaux. Cette rétrocession d'honoraires vers l'hôpital permet de couvrir « les frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le budget » Erreur ! Signet non défini. soit les frais d'infrastructure, de la logistique, des soins infirmiers (Crommelynck, 2013). Ce taux de retenue est négocié entre le conseil médical et le gestionnaire de l'hôpital. Depuis la réforme, cette négociation pourra avoir lieu au niveau du réseau hospitalier, pour faciliter la mobilité des médecins.⁶²

Le chiffre d'affaires des hôpitaux dépend donc majoritairement du BMF et des honoraires qui dépendent eux-mêmes fortement du nombre de prestations (Van Sloten et Van den Oever, 2016). Plus les médecins réalisent un nombre d'actes importants, plus l'hôpital perçoit une rétrocession élevée. Ce système encourage les médecins à augmenter leur nombre d'actes plutôt que de favoriser des soins de qualité ou d'encourager à la collaboration.

Les groupes homogènes de diagnostic (« Diagnosis Related Groups », ci-après DRG) forment « un système de classification pour les patients ou les hospitalisations, composé de quelques 500 groupes »⁶³. Un système de financement peut lier chaque groupe à un montant donné prospectivement. Chaque DRG génère le même revenu pour tous les hôpitaux.

La réforme du financement des hôpitaux sépare les patients en trois groupes⁶⁴ de patients pouvant être financés par la même méthode. Le premier groupe concerne « les soins de routine de basse complexité standardisables ». A partir du 1^{er} janvier 2019⁶⁵, le prix des soins peu complexes, soins invariables d'un patient à l'autre et standardisables est fixé forfaitairement. Ce prix dépend uniquement de la pathologie et de la nature du traitement, il est identique pour tous les hôpitaux. Ce sont les montants globaux prospectifs pour les soins à basse variabilité. Ce financement contraint les hôpitaux à appliquer le traitement justifié scientifiquement, une

⁶¹ Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, 7 art. 96/1.

⁶² Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *Moniteur belge*, art. 157/1

⁶³ Van Sloten et Van den Oever (2016) « La métamorphose du secteur hospitalier » page 43 MC informations 265 Septembre 2016 consulté le 18/10/20 sur https://www.mc.be/media/mc-informations_265_septembre_2016_tcm49-33135.pdf

⁶⁴ De Block M « Plan d'approche : Réforme du financement des hôpitaux » 2015 consulté en ligne le 18/10/20 sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_approche_financement_hopitaux.pdf

⁶⁵ INAMI « Réorganiser le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux » mis à jour le 9/01/2020 consulté le 04/04/2020 en ligne <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/default.aspx>

même procédure de soins que tous les hôpitaux doivent utiliser. Le forfait est prévu pour la prise en charge classique. Si l'hôpital administre d'autres soins non prévus dans le traitement de cette pathologie, ce coût est à sa charge. Le but est de standardiser au maximum les soins basés sur des preuves scientifiques, afin d'augmenter la qualité et l'efficacité, soit le même objectif que pour la réforme du paysage hospitalier.

Ce mode de financement concerne en pratique 57 groupes de patients établis en fonction de leur APR-DRG, du niveau de sévérité et de la présence de codes de nomenclature.⁶⁶ Cette méthode de financement est pour l'instant uniquement pratiquée pour la partie sur les honoraires, pas encore sur la partie du budget des moyens financiers (BMF).

Une étude réalisée par Santhea⁶⁷ (une fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises, principalement des hôpitaux publics) montre l'impact de cette réforme sur le résultat de 27 institutions. Tout d'abord, ce type de soins concerne moins de 10% dans l'échantillon repris. Ce rapport calcule les nouveaux forfaits sur base des données de 2016 et les compare aux dépenses. 14 institutions sur 27 présentent un résultat négatif. Ceci nous montre que les hôpitaux qui consomment plus que la médiane belge sont sanctionnés financièrement. Ce rapport attire l'attention sur le risque que cette méthode réduise le nombre d'actes fournis et donc la qualité. Le Centre Fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)⁶⁸ explique dans son communiqué que cela pourrait permettre au contraire de réduire l'utilisation de pratiques non justifiées cliniquement.

Le second groupe reprend « les soins de moyenne complexité, qui sont assez standardisables mais moins que les soins à basse variabilité »⁶⁴. Les besoins en soins sont moins prévisibles que pour le cluster repris ci-dessus, ils sont financés grâce à un BMF réparti entre les établissements en fonction du case mix soit le nombre et le type de patients. C'est donc l'hôpital qui supporte le risque financier comme il reçoit le budget fermé mais également les autorités, comme le médecin est payé à l'acte.

⁶⁶ INAMI « Quels sont les groupes de patients concernés par le nouveau système de financement ? » consulté le 18/10/20 en ligne sur <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/quels-patients.aspx>

⁶⁷ Santhea : « Mise en place du nouveau financement des soins à basse variabilité : que disent les chiffres », 2019 consulté le 04/02/2020 en ligne sur <https://www.santhea.be/fr/nos-publications/>

⁶⁸ KCE Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé « Pas de solution clé sur porte pour le financement des soins hospitaliers à haute variabilité » consulté le 07/07/2020 en ligne sur <https://www.kce.fgov.be/fr/pas-de-solution-cl%C3%A9-sur-porte-pour-le-financement-des-soins-hospitaliers-%C3%A0-haute-variabilit%C3%A9>

Le dernier groupe comprend « les soins de haute complexité qui ne sont pas ou peu standardisables. » ⁶⁴ Pour l'instant, les hôpitaux délivrent des soins spécifiques aux besoins des patients et sont financés en fonction des soins réellement délivrés. Il n'y a donc pas de forfait, le risque est supporté par les autorités (Stephani et al. 2018).

Chapitre 3 : Evaluation de la réforme

Cette réforme a pour intention d'installer un cadre de collaboration dans le secteur hospitalier. Elle peut permettre d'atteindre une meilleure qualité et plus d'efficacité pour les hôpitaux, à la condition d'une intégration suffisante au sein du réseau. Cette concentration des soins ne doit par contre pas diminuer l'accessibilité des soins.

Pour évaluer la réforme qui nous intéresse, nous établirons une comparaison avec la réforme mise en place en France en 2016. Vu sa date de mise en application, la Cour des comptes française a déjà pu tirer quelques conclusions à l'égard de sa mise en œuvre. Etablir la comparaison avec la réforme en Belgique permet de dégager quelques éléments d'analyse.

Nous verrons ensuite que la mise en place des réseaux seul, ne permettra pas d'atteindre les objectifs de la réforme. Certaines décisions sont difficiles à prendre, notamment en matière de sur-spécialisation – regroupement des activités médicales et de support. Les causes probables de ces difficultés : les hôpitaux restent indépendants financièrement et il leur est donc extrêmement difficile, voire impossible, d'accepter des transferts de valeur, c'est-à-dire des cessations d'activités très rentables ou des mises en commun d'activités de support en transversal.

En outre, à travers le cas concret des Stroke Units, nous souhaitons expliquer les promesses d'une réforme partielle qui a précédé celle de Maggie De Block mais aussi le temps nécessaire pour mettre en œuvre ces changements.

Enfin, l'interview d'une partie prenante apporte d'autres éléments pour évaluer la mise en œuvre de cette réforme. Le futur de celle-ci dépend donc d'une part de la volonté des hôpitaux et d'autre part de la volonté du nouveau gouvernement à poursuivre cette réforme.

3.1 Evaluation de la réforme au regard du système français

L'objectif de cette partie est de présenter brièvement la réforme des hôpitaux en France et ainsi d'observer les points de convergence et de divergence par rapport à la réforme des hôpitaux belges. La réforme française étant plus aboutie, la Cour des comptes française a déjà identifié quelques points forts et points faibles de ce modèle de collaboration hospitalière.

La France possède un système de soins avec des enjeux similaires à la Belgique, une augmentation des maladies chroniques, un vieillissement de la population, une évolution rapide des technologies et un gouvernement ayant pour ambition de maîtriser les dépenses de santé. Pour répondre à ces défis, la France a voulu créer un cadre de collaboration, en 2009 avec la

création de Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) puis en 2016 avec les groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Les CHT sont créées pour renforcer la collaboration entre institutions hospitalières publiques. Une différence avec la réforme belge est que cette collaboration se base sur une simple convention, établie sur base volontaire entre les acteurs, sans personnalité morale. Cette réforme a pour but d'utiliser plus efficacement les ressources, par la mutualisation de certaines fonctions, par une stratégie médicale commune et par une plus grande complémentarité entre les acteurs (Fulconis et al 2017). La qualité de la prise en charge doit également s'améliorer par la collaboration entre les établissements et, comme pour la réforme en Belgique, celle-ci est fondée dans une zone géographique déterminée.

Néanmoins, la réforme des CHT a présenté ses limites, les collaborations se sont développées de façon hétérogène et cette réforme n'a pas donné les résultats escomptés. Les raisons principales de cet échec sont la liberté laissée aux acteurs pour collaborer et le fait que l'intégration des établissements dépendaient principalement de la relation entre parties prenantes (Cour des comptes française, 2020).

La notion de CHT a été remplacée en 2016 par les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Cette nouvelle réforme contraint cette fois les hôpitaux à collaborer, toujours sans donner de personnalité juridique à ce groupement. Cette réforme s'appuie sur deux principes à savoir un projet médical partagé et une mutualisation des fonctions de support, notamment les achats et les fonctions touchant au système d'information. Cette mutualisation des fonctions de support est, contrairement à la réforme belge, imposée et la responsabilité de celle-ci est attribuée à un établissement du groupement.

Le projet médical partagé doit notamment définir la stratégie médicale du GHT et organiser les soins par filière de façon graduée sur le territoire, dans le but d'assurer l'accès aux patients à des prestataires de proximité et de référence pour chaque pathologie. Par contre, cette réforme n'apporte pas de cadre de collaboration entre l'hôpital et les autres acteurs présents en dehors (Cour des comptes française, 2020).

La Cour des comptes française tire quelques conclusions en octobre 2020 sur ces groupements hospitaliers de territoires créés en 2016. Les projets médicaux partagés prévus pour 2017-2022 ont peu d'impact sur l'organisation de l'offre des soins, apportant un faible niveau d'intégration des établissements. Ces établissements prévoient de partager des documents, des procédures et certains projets, mais ces projets médicaux partagés touchent peu à l'autonomie de chaque établissement ce qui maintient la majorité des activités dans tous les établissements. Ces groupements hospitaliers de territoires sont qualifiés de faiblement « intégratifs » par la Cour des comptes française (2020) parce qu'il y a peu de mutualisation des plateaux techniques et peu de spécialisation d'établissements membres, grâce notamment à une concertation permettant la suppression d'activités redondantes dans plusieurs hôpitaux.

Une minorité de ces GHT prévoit par contre des actions plus intégratives comme la création d'équipes médicales de territoires (EMT), responsables de l'organisation de leurs missions de soins dans plusieurs établissements, entre autres pour faire face à la pénurie de professionnels.

Ensuite, le rapport de la Cour des comptes française souligne également que l'offre de soins n'a pas été restructurée grâce aux GHT et ne le sera pas dans le futur sans des liens plus forts entre les établissements membres. En effet, les membres des groupements font toujours face à la contrainte de générer des revenus propres et ils subissent la pression locale d'offrir toujours une gamme complète de soins, même si la qualité et la sécurité sont insuffisantes. Sous la pression économique et locale, les collaborations médicales sont de faible intensité et l'offre de soins spécialisés est toujours dispersée sur le territoire. La réussite des établissements individuels s'oppose donc à celle d'un résultat collectif, chaque acteur déployant toujours une offre la plus complète possible au détriment de la qualité. Pourtant, ce rapport explique que les membres qui sont fortement intégrés et qui collaborent pleinement ont présenté une meilleure résistance face au COVID-19.

La Cour des comptes française recommande la mise en place d'une personne morale unique pour le groupement et la suppression de la notion d'établissement. Elle recommande une intégration plus forte pour supprimer cette concurrence qui perdure au sein même des groupements et qui ne permet pas d'optimiser les moyens ni la collaboration entre les acteurs.

En raison des similitudes entre le système de soins belge et le système français, notamment au niveau des défis auxquels les hôpitaux doivent faire face, cette comparaison est intéressante car la réforme avec la création de GHT a démarré 4 ans plus tôt qu'en Belgique. Elle est donc plus facile à analyser puisqu'elle est plus avancée. La Cour des comptes française attire l'attention dans son rapport sur le faible niveau d'intégration des établissements hormis sur une minorité d'activités et sur les activités médico-administratives (puisque la collaboration a été légalement forcée). La réforme belge n'est pas suffisamment avancée pour établir une conclusion aussi tranchée. Néanmoins, même si en Belgique le réseau hospitalier est une structure dotée de la personnalité juridique, les établissements restent indépendants financièrement et se retrouvent tiraillés entre deux objectifs contradictoires comme en France. En effet, d'une part ils subissent une contrainte les poussant à collaborer et à s'intégrer au sein du réseau avec tous les avantages déjà cités et d'autre part, ils ont toujours intérêt à améliorer leur situation propre. Face à cette dualité, comment laisser à un autre hôpital une activité de soins qui génère des marges ?

Cette situation va peut-être évoluer : on sait que l'ancienne Ministre de la Santé a demandé l'avis⁶⁹ du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) concernant le transfert de certains éléments du BMF actuel vers un budget au niveau du réseau. En effet, étant donné que le réseau est responsable de la stratégie médicale et que des glissements dans les missions de soins sont à prévoir entre les hôpitaux, cet avis explique l'intérêt d'un budget pour le réseau et non un budget dépendant de l'activité de chaque hôpital. Dans l'état actuel, l'attribution d'un budget à chaque hôpital individuellement favorise la compétition au sein du réseau et décourage les transferts d'activités. Le CFEH est favorable au transfert du financement d'activités financés individuellement vers un budget au niveau du réseau mais ce Conseil Fédéral émet des recommandations avant de mettre en place un budget au niveau du réseau. Tout d'abord, le CFEH explique dans cet avis du 12 décembre 2019 que, sans connaître les règles de programmation futures pour les missions de soins, il est difficile d'évaluer l'impact sur le BMF et donc impossible de faire des projections quant à un éventuel transfert financier vers le réseau. Ensuite, le CFEH souhaite d'une manière générale, un processus clair de la mise en réseau et recommande donc une plus grande transparence financière et une meilleure prévisibilité du budget. Celui-ci préconise donc un calendrier pour encadrer la transition.

En Belgique, hormis l'objectif de créer les réseaux avant le 1^{er} janvier 2020, les hôpitaux n'ont pas reçu d'agenda concernant la mise en œuvre de cette réforme. La précédente ministre laissait une liste d'activités à reprogrammer en priorité mais sans fixer aucun délai. Elle mentionne par contre dans sa note conceptuelle que le processus de programmation prend en général sept ans. Fort heureusement, certaines activités comme la maternité ont déjà fait l'objet d'une étude par le centre d'expertise, ce qui pourrait accélérer le processus. En effet, le KCE recommande la fermeture de 17 maternités⁷⁰ parce qu'elles réalisent moins de 557 accouchements par an et sont donc moins efficaces. Celles-ci ont d'ailleurs reçu les résultats de cette étude et peuvent se positionner puisque pour l'instant elles sont seulement la cible de cette étude, les normes de programmation étant toujours fixées à 400 accouchements par an. Il reste à savoir si cette décision d'augmenter le seuil minimum d'accouchements sera prise et surtout à quel moment. Certaines maternités comme celle d'Auvélais ont décidé de collaborer avec un autre hôpital pour accroître l'attractivité du site et ainsi augmenter le nombre d'accouchements avant que la norme ne change.

⁶⁹ Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers : « Avis du CFEH relatif au financement des réseaux hospitaliers (partie2) - CFEH/D/501-2 consulté le 30/11/20 disponible en ligne sur https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfeh_d_501-2_-_financement_des_reseaux_hospitaliers_-_partie_2.pdf

⁷⁰ Lefèvre M, Bouckaert N, Camberlin C, Devriese S, Pincé H, de Meester C, Fricheteau B, Van de Voorde C. Organisation des maternités en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 323Bs. D/2019/10.273/66

Face à cette incertitude quant aux nouvelles règles de programmation, prévoir le futur pour un hôpital n'est pas simple. Un plan wallon pour l'investissement de 2,34 milliards est planifié pour la période 2019 à 2023, mais je doute que ces investissements soient prévus en fonction d'une logique de réseau. Sans savoir combien de missions de soins seront disponibles par réseau, il est difficile d'établir une stratégie pour le futur. Cette stratégie de collaboration mise en place par la réforme risque donc d'être en fait une stratégie « attentiste », les hôpitaux respectant à la lettre la loi pour ce qui est obligatoire, mais ne changeant rien à l'organisation de l'offre de soins, chacun continuant ainsi à proposer le maximum de soins possibles.

Le KCE explique dans son rapport sur les « modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux »⁷¹ que cette liberté laissée aux établissements est volontaire. Le cadre de collaboration proposé par la réforme doit permettre une plus grande collaboration mais doit également laisser la liberté aux institutions de choisir le niveau de collaboration et la structure de gouvernance à mettre en place. Cette flexibilité permet de ne pas créer de rupture avec le passé.

Par contre, ce même rapport explique le risque d'un réseau où chaque institution membre dispose d'une voix. Même si une telle structure apporte une égalité entre les membres et donc une forte implication des membres (même les plus petits) dans le réseau, cette égalité peut bloquer le processus décisionnel et rendre impossible toute décision de répartition des activités de soins. En d'autres termes, les membres gardent une certaine autonomie et ceux-ci sont à la fois partenaires, mais également concurrents. Le risque est que la répartition de soins entre les institutions ne change pas alors que c'est l'objectif premier de cette réforme. La notion de réseau perdrait toute sa valeur, comme la notion de communauté hospitalière de territoire en France.

Le passage en réseau est en fait une étape vers un système de soins intégré. La mise en réseau permet une collaboration en douceur, les engagements et la confiance entre les établissements sont de faible intensité. A partir du moment où les établissements partageront une relation de confiance, alors cette collaboration pourra être plus forte et évoluera vers un système de soins intégré. Cette confiance n'est par contre pas garantie puisque ces institutions, même faisant partie d'un réseau sont des concurrentes.

⁷¹ De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Eeckloo K. Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 277Bs. D/2016/10.273/90.

Le système de soins intégré est une seule entité juridique comprenant des hôpitaux et d'autres prestataires comme par exemple des maisons de repos. Les services médicaux, certaines fonctions médicales et les programmes de soins sont incorporés les uns aux autres. Cette intégration implique que les décisions sont prises au niveau du système de soins. Ces systèmes de soins intégrés adaptent leur offre en fonction des besoins de la population et sont à même d'apporter une réponse au vieillissement de la population et aux maladies chroniques, de par leur approche intégrée. Par contre, les différences entre les organisations membres d'un système de soins intégré compliquent fortement la gestion de ce système. C'est pourquoi la réforme actuelle se limite à la collaboration entre hôpitaux généraux et n'apporte pas cette intégration nécessaire entre les prestataires pour la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Contrairement à la Belgique, la réforme des GHT en France prévoit que dans chaque groupement un établissement soit responsable des fonctions de support, et notamment du système d'information. Le but est de mettre en place « [...] la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement »⁷². Suivant le type de prise en charge, comme pour la réforme belge, le patient sera soigné dans un hôpital de proximité ou dans un hôpital de référence. Il faut donc que les informations suivent le patient pour garantir une prise en charge coordonnée entre les différents établissements. Pourtant en Belgique, la réforme n'inclut pas de volet d'harmonisation des systèmes d'informations. Cette harmonisation est nécessaire pour faciliter la prise en charge et le transfert d'un patient au sein d'un réseau hospitalier. Cela est probablement dû au fait que, même si les hôpitaux utilisent différents logiciels, ils disposent de l'information au travers du Réseau Santé Wallon⁷³ dans le cas de la Wallonie. A ce niveau, bien que cette réforme ne prévoie que la collaboration hospitalière, les informations peuvent être partagées entre les différents prestataires et ce, même en dehors de l'hôpital, ce qui est primordial dans la prise en charge d'un patient atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques. D'une façon plus générale, le dossier patient informatisé permet d'éviter la duplication de certains examens et le risque d'erreur de diagnostic.

En outre, au niveau de la procédure d'agrément, le rapport de la Cour des comptes française mentionne un travail en cours par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ayant pour but de redéfinir les conditions d'implantations et les conditions techniques d'exploitation de

⁷² Article L 6132-3-I du code de la santé publique français cité dans le rapport de la Cour des comptes françaises (2020)

⁷³ Le Réseau Santé Wallon « Qu'est-ce que c'est ? » consulté en ligne le 29/11/20 sur <https://www.reseausantewallon.be/FR/patients/Information/general-informations/Pages/generalities.aspx>

chaque activité de soins et équipement lourd. Une possibilité évoquée est d'obliger les établissements à demander l'avis du GHT avant toute demande d'autorisation sanitaire pour l'exploitation d'une activité de soins ou un équipement lourd, ce qui correspond en Belgique à la demande d'agrément. La Cour des comptes française (2020) explique que cette obligation permettrait de réduire la concurrence au sein des GHT et de favoriser la réussite du projet médical partagé, notamment une meilleure répartition des activités de soins. En Belgique, la réforme n'a pas changé la procédure d'agrément, les hôpitaux restant titulaires de leur agrément. En revanche, les réseaux hospitaliers sont responsables de la prise de décisions stratégiques pour l'offre de missions de soins locorégionales et la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisées, ce qui implique que la décision d'un nouvel agrément devrait être prise au niveau du réseau. Ce rapport explique également que différents groupes de travail ont été mis en place pour réévaluer les seuils minimaux d'activités pour être agréé et pour réfléchir à l'introduction de ces seuils dans des activités qui, pour l'instant, n'étaient pas limitées. L'analyse de la situation en France permet de confirmer le bien-fondé de ce qui est en développement en Belgique à savoir, concentrer l'offre de soins pour certaines pathologies particulières comme les cancers rares, mais également d'autres activités plus générales.

Enfin, une des remarques de la Cour française est le manque de suivi de la réforme et la difficulté à évaluer celle-ci par manque d'indicateurs pour évaluer et comparer le niveau d'intégration des GHT et pour en tirer des enseignements. Cette réforme française laisse donc une grande autonomie aux hôpitaux. Pourtant, l'analyse des données comme celle du projet médical partagé aurait pu permettre d'accompagner la mise en place des GHT. La réforme belge ne mentionne pas non plus de cadre d'évaluation, pas de tableau de bord ni de possibilité d'avoir une vue d'ensemble sur le niveau d'intégration dans les réseaux. En conséquence, le KCE⁷⁴ recommande des normes de qualité afin d'observer les résultats de cette collaboration après sa constitution. Dans certains cas particuliers, comme pour les programmes de soins prévus par une convention INAMI⁷⁵, la qualité est évaluée grâce à des indicateurs de processus et de résultats, il est donc possible d'analyser les impacts de la concentration de l'offre de soins dans certains centres spécialisés.

⁷⁴ De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, Van den Heede K, Van de Voorde

C, Eeckloo K. Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 277Bs. D/2016/10.273/90.

⁷⁵ Par exemple une convention INAMI pour la chirurgie du pancréas

Pour terminer, la réforme en France ne permet pas une intégration suffisante pour garantir un changement dans la répartition de l'offre de soins. Les institutions restent responsables individuellement de leur résultat financier. Comme les hôpitaux belges sont dans la même situation, les changements dans l'offre de soins seront compliqués à obtenir concrètement.

3.2 Evaluation de la réforme au regard de ses objectifs

Le but de cette partie est d'évaluer si les objectifs promis par la mise en place des réseaux hospitaliers semblent réalisables. Il n'est cependant pas encore possible à l'heure actuelle d'évaluer les impacts concrets de cette réforme. Rappelons que la note conceptuelle³⁹ définit l'objectif des réseaux cliniques locorégionaux comme « un nouveau modèle d'organisation afin de proposer des missions de soins locorégionales de qualité, efficaces et accessibles aux patients situés dans une zone géographique déterminée, et ce grâce à la collaboration clinique entre hôpitaux. »

Tout d'abord, cette réforme est ambitieuse dans le sens où les hôpitaux sont à présent obligés de collaborer. Les précédentes formes de collaboration (associations, groupements, fusions) sont facultatives et peu adéquates pour des collaborations avec d'autres prestataires comme les maisons de repos (De Pourcq et al., 2016). La mise en place des réseaux a modifié la gouvernance des hôpitaux. Depuis 2020, ceux-ci font tous partie d'un réseau hospitalier locorégional. Cette nouvelle organisation devrait faciliter la prise de décision quant à la répartition de l'offre de soins sur le territoire. Néanmoins, ce cadre de collaboration seul, n'aura que peu d'effets sur l'organisation des soins. Les normes du secteur des soins de santé doivent être réévaluées. En effet, les normes de programmation, d'agrément et les conventions INAMI sont les principaux outils de l'Etat pour structurer l'offre de soins sur le territoire. En outre, pour l'instant, aucun acte législatif ne précise quelle mission de soins est locorégionale ou suprarégionale, ce qui implique que l'offre n'est pas plus concentrée qu'avant la mise en place des réseaux. Cette réforme répond partiellement à son objectif : même si les hôpitaux sont contraints de former des réseaux hospitaliers, sans intervention supplémentaire de l'Etat, cette collaboration ne sera que formelle et n'apportera pas les résultats souhaités.

Ensuite, la réforme du paysage hospitalier promet une amélioration de la qualité grâce à la concentration de l'offre de soins dans certains centres spécialisés. Comme expliqué dans la deuxième partie de ce mémoire, la littérature scientifique confirme le lien entre le volume et la qualité. Plusieurs acteurs des soins de santé comme la Mutualité Chrétienne⁷⁶ ont d'ailleurs déjà plaidé en faveur de cette concentration de l'offre pour certaines pathologies complexes.

⁷⁶ En Marche « Cancer-Les centres de référence : plus qu'une nécessité » publié le 4 juin 2015, consulté en ligne sur <https://enmarche.be/politique/politiques-de-sante/cancer-les-centres-de-reference-plus-qu-une-necessite.htm?lng=fr>

D'autres ont émis plus de réserves sur la concentration des soins comme le GBS⁷⁷, leurs arguments concernant notamment l'accessibilité doivent être pris en compte au moment de la concrétisation dans les normes de programmation, d'agrément ou dans les conventions INAMI.

Ce premier objectif d'amélioration de la qualité des soins par cette réforme est donc vraisemblable. Par contre, le législateur doit trouver le juste milieu quant au nombre de centres à autoriser, pour ainsi éviter les désagréments cités par le GBS. Le KCE a d'ailleurs déjà évalué le nombre de centres à autoriser pour certaines missions de soins.

Le second objectif de la réforme est d'apporter plus d'efficacité. La littérature a aussi confirmé le lien entre le volume d'activité et le coût unitaire du soin. La réforme du paysage hospitalier apporte un cadre de collaboration permettant une redistribution de l'offre de soins sur le territoire de façon plus efficace. Suivant que la mission de soins soit qualifiée de locorégionale ou suprarégionale, celle-ci sera disponible dans tous les réseaux hospitaliers ou uniquement dans certains. Le volume d'activité va par conséquent augmenter dans certains hôpitaux et générer pour ceux-ci des économies d'échelle, c'est-à-dire que l'augmentation de la production de soins diminuera le coût moyen du soin. Les technologies de pointe, onéreuses seront concentrées dans un nombre d'hôpitaux plus restreint, ce qui devrait créer des centres d'expertises, mais aussi un meilleur usage des investissements lourds. Ce gain d'efficacité dépend cependant du niveau d'intégration au sein du réseau hospitalier.

Ce cadre de collaboration s'applique également aux activités de supports, les hôpitaux peuvent décider de rassembler ou de mutualiser certaines fonctions comme les activités administratives et médico-administratives, mais cela reste à la volonté des parties prenantes. Il n'y a aucune obligation de coopérer pour les fonctions de supports.

Pourtant, même si l'objectif à moyen terme, voire à long terme, est de rendre le système hospitalier plus efficace, à court terme, cette réforme va générer des dépenses supplémentaires. L'ancienne Ministre des soins de santé avait d'ailleurs prévu un financement forfaitaire⁷⁸ unique de 7 millions d'euros pour la mise en place des réseaux hospitaliers. Sans oublier que la mise en réseau ajoute au secteur hospitalier de nouvelles obligations générant des frais de

⁷⁷ Page 8 du mensuel du GBS « Le Médecin Spécialiste » n°6 / Septembre 2014 consulté le 30/11/20 en ligne sur https://www.gbs-vbs.org/uploads/media/1406_fr_-_site_01.pdf

⁷⁸ Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers : Avis du CFEH concernant le financement d'un forfait pour le soutien des réseaux hospitaliers » (partie 1) -CFEH/D/492-1 consulté en ligne le 30/11/20 sur https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfeh_d_492-1_-_avis_financement_dun_forfait_-_reseaux_hospitaliers_-_1er_partie.pdf

structures supplémentaires comme par exemple le recrutement d'un médecin en chef au niveau du réseau.⁷⁹

De par cette concentration des activités de soins dans certains hôpitaux et des technologies de pointe, la réforme veut répondre à l'objectif de maîtriser les dépenses de santé à la condition que les institutions soient suffisamment intégrées. Les technologies et le progrès médical, comme vu dans la première partie, ont permis d'apporter plus d'efficacité et d'efficience. Ceci s'observe notamment par l'utilisation de l'hospitalisation de jour et la diminution de la durée de séjour. Par contre, le KCE⁸⁰ explique que la capacité hospitalière future dépend de l'évolution des solutions alternatives aux soins hospitaliers. De ce développement des structures telles que les soins à domicile, les soins résidentiels pour personnes âgées ou les soins de revalidation dépendent les besoins futurs en lits hospitaliers. Ce qui signifie que l'efficacité des hôpitaux pourrait être impactée si les structures alternatives ne se développent pas suffisamment.

Un objectif à plus long terme de cette réforme est en effet de transformer l'hôpital en un maillon dans la chaîne de soins, c'est-à-dire ne plus placer l'hôpital au centre des soins de santé, surtout quand d'autres acteurs peuvent le substituer. En d'autres termes, cette réforme est un premier pas vers le système de soins intégré. La réforme actuelle ne permet que la collaboration entre hôpitaux généraux, mais cette collaboration devrait évoluer dans le futur en un système de soins intégré. Celui-ci intègre non seulement les soins hospitaliers mais aussi les soins de première ligne, les soins à domicile, les soins gériatriques et même des prestations à caractère social. Ce type d'organisation répond au défi du vieillissement de la population et à l'accroissement du nombre de patients atteints de maladies chroniques. Or, la mise place de ce système est compliqué vu le nombre important d'acteurs. Par conséquent, la réforme actuelle ne concerne que le paysage hospitalier et non le paysage des soins de santé. Elle n'apporte pas directement une réponse aux patients atteints de maladies chroniques mais elle permet en principe de démarrer le processus de collaboration et de réorganisation de l'offre de soins.

⁷⁹ Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers : « Avis du CFEH relatif au financement des réseaux hospitaliers (partie 2) -CFEH/D/501-2 du 12/12/19 disponible en ligne sur https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfeh_d_501-2_-_financement_des_reseaux_hospitaliers_-_partie_2.pdf

⁸⁰ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 289Bs. D/2017/10.273/43

Des projets pilotes sont en cours pour « [...] tester des modalités d'organisation de soins intégrés pour les patients chroniques dans une région déterminée [...] »⁸¹.

Pour conclure cette partie, cette réforme apporte un nouveau modèle d'organisation : les réseaux hospitaliers. Les hôpitaux sont obligés d'adhérer à un réseau hospitalier. D'une part, elle promet une amélioration de la qualité des soins et un système plus efficient grâce à une restructuration de l'offre de soins hospitaliers. Les soins sont concentrés dans des centres de référence disposant de l'expertise et des infrastructures nécessaires pour cette pathologie. D'autre part, cette concentration de l'offre génère des économies d'échelle et donc un coût moyen pour le soin plus faible. Ces objectifs sont partiellement réalisables. En effet, même si cette réforme apporte le cadre légal facilitant la collaboration, ce cadre laisse une grande autonomie aux établissements, ce qui pourrait bloquer le processus de répartition des activités de soins entre les hôpitaux. Les hôpitaux ne sont pas suffisamment intégrés, la concurrence est toujours présente, au sein même du réseau. De plus, pour l'instant, les normes sanitaires n'ont toujours pas été modifiées, les critères pour les missions de soins ne limitent pas plus l'offre qu'avant cette réforme.

3.3 Evaluation de la réforme au regard d'un cas concret : Stroke Units, unités neurovasculaires

L'objectif de cette partie est d'expliquer au travers de ce cas concret, les promesses de cette réforme mais également le temps nécessaire (et les étapes) pour mettre en œuvre ces changements. L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la troisième cause de mortalité⁸² et la raison principale d'invalidité à long terme. La rapidité de la prise en charge est essentielle pour limiter l'étendue des lésions cérébrales.

1) Rapport du centre d'expertise, collecte de données scientifiques

En 2012, le KCE publie un rapport « Les unités neurovasculaires : efficacité, indicateurs de qualité et organisation »⁸². Il étudie l'impact des unités neuro-vasculaires, également appelées « stroke units » sur l'état de santé du patient. Les auteurs se basent sur des études réalisées dans d'autres pays. En 2012, ces unités de soins existent déjà mais leur création et leur

⁸¹ Integreo : « Guide : Projets-pilotes soins intégrés en faveur des malades chroniques » Janvier 2016 consulté en ligne le 01/12/20 sur <https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/guidepp.pdf>

⁸² Michiels D, Sun Y, Thijs V, Saka Rasit O, Hemelsoet D, Eyssen M, Paulus D. « Les unités neurovasculaires : efficacité, indicateurs de qualité et organisation » - Synthèse Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Report 181Bs. D/2012/10.273/46. Consulté en ligne le 28/7/20 sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/181B_unites_neurovasculaires_synthese.pdf

fonctionnement résulte de la volonté des hôpitaux. Ce rapport énonce la définition d'une unité neuro-vasculaire : « une entité géographique distincte au sein d'un hôpital, spécifiquement dédiée aux patients atteints d'AVC (ou suspects d'AVC-tant que le diagnostic neurologique n'a pas encore été posé ou n'est pas clair), avec une équipe multidisciplinaire ayant un intérêt et une expertise pour la prise en charge des AVC (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, mais également ergothérapeutes, logopèdes et case managers, travailleurs sociaux ou autres professionnels chargés de planifier la sortie de l'unité) ». Le KCE a décidé de réaliser cette étude parce qu'à ce moment-là il n'existait pas d'agrément officiel, pour ces unités de soins. Le conseil National des Etablissements hospitaliers⁸³ a également sorti une analyse sur les critères de qualité pour ces unités neuro-vasculaires.

Le rapport du KCE a pour objectif premier d'analyser l'organisation des unités neuro-vasculaires dans les autres pays, ainsi que les processus garants de la qualité et les critères utilisés. Pour la Belgique, le KCE conclut avec 4 propositions :

- 1) « Une unité neuro-vasculaire dans chaque hôpital » : Obliger tous les hôpitaux à offrir ces soins permet de garantir la rapidité des soins. En revanche, ce mode d'organisation nécessite d'importantes ressources financières et oblige tous les hôpitaux à disposer d'une équipe spécialisée alors que c'est une ressource rare et compliquée à offrir.
- 2) « Soins hautement spécialisés (unités hyper-aiguës) dans un nombre limité d'hôpitaux » : Seulement certains centres sont agréés, ceux-ci sont répartis en fonction du volume d'admission et leur position géographique. Le gros avantage est de pouvoir rassembler les ressources de pointe dans un nombre limité d'hôpitaux. La concentration du volume génère une grande expertise pour les équipes multidisciplinaires. Par contre, une procédure doit être prévue pour le service d'ambulances dans les hôpitaux non spécialisés. La distance pourrait pénaliser les familles et la capacité des hôpitaux spécialisés peut-être insuffisante.
- 3) « Unités hyper-aiguës suivies de transfert dans des Unités Neuro-Vasculaires locales » : Le traitement du patient se déroule sur deux sites. Le premier site, un centre d'expertise (une unité hyper-aiguë) et un second site, plus proche du domicile du patient. Cette organisation utilise également un service d'ambulances qui doit être formé.

⁸³ Conseil National des Etablissements hospitaliers : « Avis unités neurovasculaires (stroke units) » 2012

Consulté en ligne le 28/07/20 disponible sur

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/nationale_raad_voor_ziekenhuisvoorzieningen-fr/2012_10_11_-_cneh_d_417-2_-_avis_stroke_units_-_pdf

Le patient se trouve plus proche de chez lui et le volume est mieux réparti suite au renvoi vers les centres locaux.

4) « Thrombolyse dans tous les hôpitaux, Unités Neuro-Vasculaires dans quelques-uns » : Tous les hôpitaux pratiquent la thrombolyse ; pratique médicale visant à dissoudre le caillot, plus celle-ci est effectuée rapidement, moins il y a de séquelles. Ensuite, le patient doit être transféré vers un autre hôpital disposant d'une unité neuro-vasculaire. Comme chaque hôpital pratique la thrombolyse, le volume d'opérations peut être insuffisant, entraînant un manque d'expérience et donc une perte de qualité. Or, il faut également garantir l'accessibilité de cette procédure et la sécurité du patient. De plus, cette organisation implique de faire subir au patient un transfert juste après une intervention importante.

Toutes les options présentent des avantages et des inconvénients, le KCE souligne que la collaboration entre les hôpitaux peut permettre l'accès aux soins de haute qualité.

Le second objectif de l'étude du KCE est de déterminer des indicateurs de qualité pour les soins aigus de l'AVC. Le rapport explique que le choix d'un indicateur dépend principalement de l'objectif poursuivi. A l'échelle du pays, mesurer la qualité des soins pour un AVC implique un système d'enregistrement fiable et centralisé. Si l'objectif est l'agrément d'un hôpital, il faut alors utiliser plusieurs indicateurs de moyens observant par exemple le protocole de soins, la formation du personnel et la stratégie. Si le but est de comparer les hôpitaux belges, il faut mettre en place des indicateurs de résultats communs et standards.

2) Avis des partenaires au sein du Conseil fédéral des établissements hospitaliers :

L'avis⁸³ de 2012 du Conseil National des Etablissements hospitaliers propose d'organiser les soins en trois parties :

-Comme chaque hôpital peut recevoir un patient d'un AVC, il doit disposer d'un « trajet de soins AVC » et doit faire partie d'un réseau AVC local. Il dispose également d'une unité AVC pour la suite du traitement après la phase aiguë.

-Les stroke units S1 : « monitoring stroke units qui répondent à des normes (analogues aux normes internationales) relatives à l'admission rapide (diagnostic, traitement) du patient durant la plupart du temps-les premières 48 heures ».

-Les stroke units S2 : « monitoring stroke units pouvant réaliser des interventions neurochirurgicales nécessaires pour des soins vasculaires aigus et pour certaines techniques endovasculaires en continu sur site et proposer certaines techniques neuroradiologiques

(intra-artérielles) ». Ces centres doivent être présents en nombre limité pour concentrer le volume d'activité et accroître l'expertise.

Cet avis recommande également d'instituer un réseau auquel chaque hôpital d'une région adhère. Ce réseau coordonne et évalue la qualité pour adapter le protocole le cas échéant. Le réseau aurait en somme au moins un hôpital sans agrément, un hôpital agréé S1 et un autre agréé S2.

3) Fixation de la programmation par arrêté royal

Après le rapport du KCE sur les unités neurovasculaires et l'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, un arrêté royal a été publié : « Arrêté Royal du 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) doivent répondre pour être agréés ».⁸⁴ Cet arrêté reprend dans son article 1^{er} les deux programmes de soins nécessitant un agrément :

-programme de soins de base « soins de l'AVC aigu ». C'est une mission locorégionale spécialisée (Note conceptuelle). Ceux-ci peuvent pratiquer la fibrinolyse.

-programme de soins spécialisés « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives ». C'est une mission suprarégionale, qualifiée de points de référence dans la réforme hospitalière. Ceux-ci peuvent traiter l'AVC dans son ensemble et peuvent pratiquer des techniques endovasculaires et neurochirurgicales.

Les hôpitaux non agréés doivent au minimum prévoir un protocole pour les soins de l'AVC⁸⁵, celui-ci décrit la première prise en charge de ce type de patient, du transfert éventuel des patients, ou encore de la prise en charge éventuelle du patient après la phase aigüe ou pour la revalidation. Cette mission est qualifiée dans la note conceptuelle comme une mission locorégionale générale.

Cet arrêté royal du 19 avril 2014 définit la procédure à suivre si l'hôpital est agréé pour les soins de base ou pour les soins spécialisés. Il définit également les infrastructures requises, la technologie (par exemple un scanner), l'encadrement médical, l'encadrement infirmier et les

⁸⁴ Arrêté Royal du 19/04/2014-Arrêté royal « fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés » consulté le 28/07/20 en ligne sur http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=14-08-08&numac=2014024224

⁸⁵ Service public de Wallonie (SPW), département de la santé : « circulaire aux hôpitaux généraux et universitaires » du 23/02/2015 consulté en ligne le 28/07/20 sur http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DGO5_MoteurRecherche/download.php?download_file=2015_02_circulaire_hopitaux_protocol_soins_avc.pdf

autres prestataires nécessaires. Des normes de qualité sont aussi prévues. De même, cet arrêté royal impose à chaque hôpital de faire partie d'un réseau visé à l'arrêté royal du 19 avril 2014⁸⁶ qui fixe « les normes d'agrément pour le réseau 'soins de l'accident vasculaire cérébral' ». Ce réseau est défini par l'article 1^{er} : « Le réseau 'soins de l'accident vasculaire cérébral' vise à proposer des circuits de soins, dans une zone déterminée, aux patients victimes d'un accident vasculaire cérébral aigu, dans le cadre d'un accord de collaboration transinstitutionnel formalisé juridiquement ».

Suite à cela, le Conseil national des établissements hospitaliers a publié un premier avis en 2015⁸⁷ puis un second en 2018⁸⁸ concernant la fixation du nombre de centres spécialisés. Dans leur premier avis, le Conseil était favorable à un maximum compris entre 15 et 20 centres spécialisés. Dans le second, les experts proposent de limiter à 12 ou 13 centres S2. Finalement, le nombre maximum de programmes de soins spécialisés « soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives » a été fixé à 15 dans l'arrêté royal du 16 décembre 2018.⁸⁹

⁸⁶ Arrêté Royal du 19/04/2014 « fixant les normes d'agrément pour le réseau 'soins de l'accident vasculaire cérébral' ». consulté le 28/07/20 en ligne sur

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=14-08-08&numac=2014024310

⁸⁷ Conseil National des établissements hospitaliers : « avis concernant la programmation de programmes de soins spécialisés 'soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives' » du 30/03/2015 disponible en ligne sur

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/nationale_raad_voor_ziekenhuisvoorzieningen-fr/2015_03_31_-_cneh_d_448-2_-_avis_avc.pdf

⁸⁸ Conseil National des établissements hospitaliers : « AVIS du CFEF concernant la demande d'avis de la ministre DE Block intitulée 'Maîtrise de l'offre et programmation des programmes de soins spécialisés' soins de l'accident vasculaire cérébral(AVC) impliquant des procédures invasives au sens de l'arrêté royal du 19 avril 2014, chapitre III' du 15 mars 2018 » disponible en ligne sur

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfeh_d_477-2_-_avc_-_s2_-_frzv_d_477-2_-_beroertezorg_-_s2.pdf

⁸⁹ Arrêté Royal du 16 décembre 2018 « Arrêté royal fixant le nombre maximum de programmes de soins spécialisés « soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives » consulté le 28/07/20 disponible en ligne sur

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=19-02-01&numac=2018015586

4) Concertation au sein de la conférence interministérielle

Suite à la sixième réforme, un protocole⁹⁰ établi par la conférence interministérielle santé publique a réparti les 15 missions de soins sur le territoire :

- Maximum 7 centres en Région flamande,
- Maximum 3 centres en Région Bruxelles Capitale,
- Maximum 5 centres en Région wallonne,

Cette répartition est traduite dans l'arrêté royal du 20/10/2019⁹¹.

A l'heure actuelle, le processus n'est pas terminé, les hôpitaux ne peuvent pas demander l'agrément. Une réforme importante pour l'amélioration de la qualité des soins, qui impacte la vie de nombreux patients, a été lancée par un rapport du KCE datant de 2012. Huit ans plus tard, elle n'a encore connu aucun effet concret.

Cet exemple est similaire dans de nombreux points avec la réforme actuelle de Maggie De Block et a pour but de montrer qu'il faudra un certain temps pour observer les effets de cette réforme et qu'il faudra d'autres éléments législatifs, plus ciblés pour obtenir les résultats escomptés.

3.4 Evaluation de la réforme par Monsieur Dieu

Cette partie présente l'avis de Monsieur Dieu, président du conseil d'administration du Réseau Hospitalier Namurois. Au cours d'un entretien, j'ai eu l'occasion de lui poser quelques questions quant à la mise en œuvre de la réforme, les éléments pouvant favoriser ou limiter la réalisation de ses objectifs.

Tout d'abord, cette réforme s'inscrit dans une période sanitaire très particulière impactant fortement la progression des groupes de travail. Les moyens disponibles des hôpitaux ont plutôt

⁹⁰ Conférence Interministérielle santé publique : « Protocole d'accord portant sur la répartition entre entités fédérées de la programmation des programmes de soins spécialisés 'soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives' » du 25/03/19 disponible en ligne sur

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/protocolakkoord_beroertezorg.pdf

⁹¹ Arrêté Royal du 20/10/2019 : « Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 décembre 2018 fixant le nombre maximum de programmes de soins spécialisés "soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives" » disponible en ligne sur https://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-20-octobre-2019_n2019015140.html

été utilisés pour trouver des solutions face au COVID-19 et moins pour la formation de projets en commun. Cette période particulière a permis de nouer des liens de collaboration pour la prise en charge des patients atteints du COVID-19.

Ensuite, pour que cette réforme soit un succès, il a souligné que celle-ci devrait être accompagnée par une réforme du financement, mettant en place un financement à la pathologie et non à l'acte.

En outre, selon lui, l'avis rendu par l'Autorité Belge de la Concurrence (ABC) bloque le développement des réseaux hospitaliers. La situation est en suspens pour l'instant, mais il est question de savoir si les hôpitaux sont ou non la cible de cette autorité et des conséquences qui pourraient en découler. Plus concrètement, il s'agit de savoir si les activités des hôpitaux sont considérées comme des activités commerciales ou si les activités médicales peuvent échapper à cette autorité, comme la santé est un secteur d'intérêt public.

Pour terminer, la discussion s'est portée sur la façon de répartir des activités de soins entre hôpitaux, notamment lorsque dans un réseau il y a par exemple deux institutions spécialisées en cardiologie (ou tout autre activité rentable). Selon Monsieur Dieu, c'est toute la question et la difficulté. Il a ajouté qu'un cadre plus contraignant et des motivations supplémentaires en termes de financement, pourraient faciliter cette répartition des activités.

3.5 L'avenir de la réforme face à cette évaluation

Ce troisième chapitre avait pour but d'analyser la réforme du paysage hospitalier belge, au travers de ses objectifs, d'une comparaison avec la réforme hospitalière en France, de l'avis d'une partie prenante (Monsieur Dieu) et d'un cas concret. Depuis 2020, les hôpitaux doivent faire partie d'un réseau hospitalier. L'objectif est que les hôpitaux collaborent pour gagner en qualité et en efficience. Pour atteindre ces objectifs, cette réforme se base sur une meilleure répartition des activités de soins. Le but étant que les patients soient traités dans des centres de référence c'est-à-dire, un hôpital disposant de l'expertise et des infrastructures nécessaires pour cette pathologie. Cette concentration permet aussi de diminuer le coût moyen du soin. Enfin, la mise en réseau doit favoriser le partage des activités de supports pour gagner en efficience et en performance.

Cependant, cette réforme laisse une grande autonomie aux institutions de santé, les hôpitaux restent indépendants financièrement. Cette structure dépend donc fortement de la volonté des parties, ce qui peut ralentir voire bloquer le processus décisionnel. Par conséquent, la réussite de l'objectif de cette réforme, à savoir une meilleure répartition de l'offre de soins, dépend fortement de la volonté des parties prenantes. La Cour des comptes française a montré grâce à

son étude sur les projets médicaux partagés que cette indépendance financière ne permet pas d'atteindre une meilleure répartition de l'offre de soins : les hôpitaux ne prévoient pas de s'intégrer au sein du GHT. Pour les activités de support, la réforme belge ne prévoit pas non plus de cadre contraignant, à l'inverse de la France. Enfin, comme en France, les normes sanitaires (normes de programmation, d'agrément, conventions INAMI) doivent être réévaluées pour atteindre concrètement les objectifs de cette réforme. A travers le cas concret des unités neurovasculaires, je constate que ce processus pour adapter ces normes sanitaires prend beaucoup de temps, et ce, même si l'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge et donc de sauver des vies.

Il ressort de l'interview de Monsieur Dieu que la situation sanitaire a fortement impacté la mise en œuvre de cette réforme. Celui-ci précise que cette réforme doit s'accompagner d'une réforme du financement, d'un cadre plus contraignant et de motivations supplémentaires pour atteindre ses objectifs.

Face à cette évaluation, la réussite de cette réforme, dont les premiers effets se sont concrétisés en 2020, dépend à la fois des hôpitaux et du nouveau gouvernement. Ce dernier doit développer plus en profondeur le contenu de cette réforme. Fort heureusement, le nouveau ministre de la Santé, Frank Vandenbroucke semble décidé à poursuivre cette réforme et plus globalement, le travail sur les hôpitaux. Selon lui, la crise sanitaire a montré les faiblesses du système, notamment au niveau du financement des hôpitaux : « Il y a aujourd'hui un Momentum lié à la crise où tant les médecins que les gestionnaires estiment qu'il faut changer les choses. Il faut le saisir pour annoncer une réforme ambitieuse mais réaliste, réalisable et que nous réaliserons »⁹². Le ministre a d'ailleurs présenté devant la chambre ses intentions quant à l'avenir des hôpitaux :

« La réforme du financement des hôpitaux sera poursuivie pour la rendre plus simple et transparente. La croissance des suppléments d'honoraires sera régulée, stabilisée et ensuite diminuée. Le travail de redéfinition de la nomenclature se poursuivra. La continuité et l'intégration des soins entre les différentes structures seront encouragées afin d'améliorer la prise en charge des malades chroniques et la conversion des lits d'hôpitaux en structures intermédiaires ainsi que le renforcement des soins ambulatoires sera facilité. Enfin, le paysage hospitalier sera consolidé sur la base de réseaux, notamment en centralisant

⁹² Vandenbroucke F. (2020) déclaration du ministre de la Santé à l'issue de la sortie du 26^{ème} rapport MAHA Disponible sur Le Spécialiste « Frank Vandenbroucke : 'il y a aujourd'hui un MOMENTUM entre les médecins et gestionnaires pour changer les choses' publié le 18/11/20 disponible en ligne sur <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/frank-vandenbroucke-il-y-a-aujourd-rsquo-hui-un-momentum-entre-medecins-et-gestionnaires-pour-changer-les-choses.html>

les soins les plus complexes / techniques tout en assurant la proximité des soins de base et de revalidation. »⁹³

Plus pratiquement, la mise en place des réseaux hospitaliers est qualifiée par l'Autorité belge de la Concurrence (ABC)⁹⁴ comme une forme de concentration, étant donné que les réseaux ont une influence sur les décisions stratégiques des hôpitaux qui en font partie. L'ABC va devoir analyser au cas par cas la formation des réseaux, notamment s'il y a un changement de contrôle et si cette nouvelle structure dépasse les seuils en termes de chiffre d'affaire. La mise en réseau est donc pour l'instant bloquée, une conférence interministérielle santé publique devrait avoir lieu sur le sujet⁹⁵.

Par ailleurs, le nouveau gouvernement doit définir les missions de soins locorégionales et suprarégionales et réévaluer les normes de programmation et d'agrément. La précédente ministre de la santé avait défini dans sa note conceptuelle six missions de soins à redéfinir : « la maternité, la pédiatrie, les urgences, les stroke-centers, la radiothérapie, les soins oncologiques chirurgicaux rares. » A l'avenir, on peut donc s'attendre à ce que l'organisation de ces missions de soins évoluent.

Jusqu'à présent, les décisions concrètes n'ont pas encore été prises mais le nouveau gouvernement⁹⁶ a l'intention de poursuivre la réforme sur le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux.

⁹³ Vandenbroucke F. (2020) : « Exposé d'orientation politique en Santé publique » du 2/11/20 Document 55 1610/ (2020/2021) consulté en ligne sur <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1610/55K1610004.pdf>

⁹⁴ Autorité belge de la Concurrence : « Position de l'auditorat de l'Autorité belge de la Concurrence concernant l'application du contrôle des concentrations aux réseaux hospitaliers locorégionaux » publié le 22/07/20 consulté en ligne sur https://www.abc-bma.be/sites/default/files/content/download/files/position_reseaux_hospitaliers.pdf

⁹⁵ Le Spécialiste (2020) : « Les réseaux hospitaliers bloqués par l'Autorité belge de la concurrence ? » publié le 8/10/20 en ligne sur <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/les-reseaux-hospitaliers-bloques-par-l-rsquo-autorite-belge-de-la-concurrence-nbsp.html>

⁹⁶ Le spécialiste : « Notre santé du nouveau gouvernement : les 13 points à retenir » publié le 30/09/20 consulté en ligne le 29/10/20 sur <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/note-sante-du-nouveau-gouvernement-les-13-points-a-retenir-nbsp.html>

Conclusions

L'ensemble de ce mémoire est animé par la volonté de comprendre la réforme du paysage hospitalier. Cette volonté de compréhension se traduit en trois sous-questions auxquelles ce mémoire a tenté de répondre. Pourquoi l'ancienne ministre de la Santé, Maggie De Block, a-t-elle souhaité réformer le paysage hospitalier ? Répondre à cette question passe par l'identification des principaux défis des hôpitaux. La deuxième question est : Que prévoit cette réforme ? Enfin, la troisième question consiste à tenter d'évaluer, malgré le manque de recul, si cette réforme atteindra ses objectifs ?

La première question est assez large dans le sens où les hôpitaux font face à de nombreux défis. Ce mémoire se limite aux principaux, à savoir l'évolution de la population et de ses besoins, l'impact de la technologie et de l'innovation médicale, la qualité et enfin, les dépenses de santé.

Nous avons d'abord souligné la nécessité d'adapter l'offre de soins aux changements dans la population. Le profil du patient change, de par le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Le système hospitalier est segmenté par spécialité (et même par sous-spécialité) et parfaitement développé pour soigner les pathologies aiguës. Néanmoins, il ne répond pas correctement aux besoins des patients âgés, ayant une, voire plusieurs pathologies chroniques. Ces patients ont besoin de soins continus et coordonnés. Or, vu l'évolution de la composition de la population, il y aura dans le futur plus de personnes âgées et l'âge est corrélé non seulement au nombre d'hospitalisations, mais aussi aux dépenses de santé (Charafeddine et al. 2015). Cela sous-entend que les hôpitaux doivent s'attendre dans le futur à un nombre d'hospitalisations supérieur et doivent être capables d'y répondre. Pour s'adapter à de tels changements, le système de soins de santé doit évoluer vers une organisation de soins plus intégrée où il ne s'agit plus de mettre l'hôpital au centre mais bien le patient, devenu un acteur de ses soins autour duquel gravite des soins coordonnés. En somme, l'hôpital doit faire face aux changements dans la population et dans l'offre globale de soins. Il doit redéfinir sa place et s'organiser avec les autres prestataires présents en dehors pour proposer ensemble des soins coordonnés, répondant plus efficacement aux besoins des patients.

Ensuite, les hôpitaux doivent s'adapter aux changements dans les technologies. Ces dernières années, les technologies et les innovations médicales se sont fortement développées, apportant de nouveaux moyens à l'hôpital, lui permettant de diagnostiquer et de soigner plus efficacement, cela s'observe par exemple par une espérance de vie supérieure ou encore une durée de séjour plus courte. Le revers de la médaille, c'est que ces technologies coûtent cher et qu'elles sont rapidement dépassées. Par conséquent, l'hôpital doit choisir quelles technologies utiliser au risque de passer à côté d'une découverte, ou à l'inverse d'investir dans une technologie qui ne fournit pas les résultats promis. L'usage des technologies doit donc au maximum reposer sur des preuves scientifiques quant à leurs résultats et le coût de celles-ci doit

être observé au regard des gains apportés. Ces technologies sont également un atout pour l'hôpital, qui peut se vanter d'être à la pointe du progrès et ainsi attirer plus de médecins spécialisés et plus de patients. En Belgique, cela crée une forte dispersion de la technologie sur le territoire et certaines machines sont sous-utilisées.

Par ailleurs, ce travail a montré que la technologie n'est pas la seule à être dispersée. En effet, en Belgique, le patient a l'opportunité de pouvoir se rendre dans de nombreux hôpitaux lorsqu'il est malade. Pour les soins de base, ça ne pose pas de problème. Par contre, la qualité des soins très spécialisés souffre de cette dispersion. Plus précisément, comme la plupart des hôpitaux peuvent traiter les pathologies moins fréquentes, par exemple le cancer du cou, le volume de soins est dispersé sur l'ensemble du pays et donc les prestataires ont plus de mal à se spécialiser sur cette pathologie précise. Un patient peut se faire soigner par un hôpital qui n'a pas l'habitude de soigner ce genre de cas et court alors plus de risques que s'il était soigné dans un hôpital spécialisé dans cette procédure. Pour synthétiser, la qualité des soins est impactée par la dispersion des soins spécialisés.

Enfin, les hôpitaux sont marqués par un cadre budgétaire limité. Globalement, la Belgique s'est engagée envers l'Europe à diminuer sa dette, ce qui se traduit par une faible augmentation du budget des soins de santé ces quatre dernières années. Cela pose un vrai problème sur le terrain parce que, sur cette même période, un hôpital sur trois est en perte chaque année. Les hôpitaux doivent pourtant être capables de générer de la valeur ajoutée pour investir ou s'adapter aux besoins des patients. La formation des réseaux hospitaliers rendrait l'hôpital plus à même de faire face aux défis présentés.

Cela nous amène à répondre à la seconde question : Que prévoit la réforme ? A travers sa réforme, l'ancienne ministre de la Santé contraint les hôpitaux à faire partie d'un réseau hospitalier. Ce cadre de collaboration devrait permettre de réajuster l'offre de soins et d'en améliorer la qualité par la concentration des soins complexes dans des centres de référence, pour ainsi développer l'expertise des praticiens. Les technologies, actuellement dispersées dans de nombreux hôpitaux devraient également être mieux réparties et concentrées dans certains. Elles seront alors utilisées plus efficacement, les centres dans lesquelles elles seront concentrées pourront traiter les patients à l'aide de plusieurs protocoles, ce qui améliorera la qualité des soins. Cette concentration des soins apportera également une plus grande efficience aux hôpitaux. Le rassemblement du volume d'activité dans certains centres de référence devrait diminuer le coût unitaire du soin moyen par la création d'économies d'échelle. Les activités de supports suivent la même logique : elles pourraient être partagées entre les hôpitaux membres et ils pourraient ainsi gagner en efficience.

Pour répondre à la troisième et dernière question de ce mémoire, nous avons tenté d'évaluer malgré le manque de recul, si cette réforme réalisera à terme ses objectifs grâce aux éléments mis en place. Le cadre de collaboration prévu dans la réforme laisse une grande autonomie aux parties. Celles-ci doivent développer une relation de confiance permettant par la suite une plus grande intégration entre les membres du réseau et ainsi créer de nouvelles possibilités quant à la répartition des missions de soins au sein du réseau. Le risque est cependant grand que cette collaboration suggérée soit en réalité trop peu contraignante et que les hôpitaux ne s'intègrent jamais les uns aux autres. Sans intégration des hôpitaux au sein du réseau, les décisions quant à la répartition des activités entre les membres sont difficiles voire bloquées. Aucun hôpital n'a intérêt à transférer une mission de soins qui génère de la marge. L'exemple de la France, avec la réforme des groupements hospitaliers de territoire présentée dans ce mémoire, a d'ailleurs confirmé l'importance du niveau d'intégration des établissements hospitaliers pour atteindre une meilleure répartition de l'offre sur le territoire. De ce niveau d'intégration dépend également la possibilité de mutualiser les services de supports.

En outre, pour l'instant, la législation fixe certes le cadre de la collaboration permettant d'établir la structure de gouvernance mais elle n'ajuste pas les normes de programmation ni les normes d'agrément et elle n'apporte pas non plus de nouvelles conventions INAMI. Pourtant, celles-ci sont un moyen pour l'Etat de réajuster l'offre de soins sur le territoire, par exemple en limitant le nombre de centres autorisés à traiter le cancer du cou. Modifier ces normes de programmation, d'agrément ou créer une nouvelle convention INAMI prend beaucoup de temps. La précédente ministre de la Santé prévoyait 7 ans par programme de soins, l'exemple de l'AVC présenté dans ce mémoire montre que huit ans après le premier rapport du centre d'expertise, il n'est toujours pas possible pour un hôpital de faire agréer une unité neurovasculaire et ainsi garantir au patient la qualité des soins.

Pour terminer, ce mémoire présente les nombreuses promesses de la réforme du secteur hospitalier, en termes de qualité des soins, d'efficacité et d'efficience. Pour qu'elles se réalisent, le législateur doit poursuivre le travail quant au contenu de cette réforme du paysage hospitalier, à savoir la maîtrise de l'offre. Ces promesses dépendent aussi de la volonté des établissements à travailler ensemble et à s'intégrer au sein du réseau. L'entretien avec Monsieur Dieu permet déjà de dire que ce travail de mise en œuvre de la réforme démarre avec un retard certain, suite à la situation sanitaire exceptionnelle (en tout cas pour le Réseau Hospitalier Namurois). Etant donné le peu de temps entre la mise en place de la réforme et la réalisation de ce travail, ce mémoire se contente de présenter quelques pistes d'évaluation. Une analyse future quant à l'évolution de l'organisation des soins hospitaliers nous dira si cette réforme a réellement atteint l'ensemble de ses objectifs.

Limites

Ce travail présente plusieurs limites. Tout d'abord, cette réforme est très récente, ce qui complique fortement l'analyse puisque très peu d'études ont été réalisées sur le cas de la Belgique. De plus, les réseaux hospitaliers sont à peine constitués, ce qui signifie que cette réforme n'a pas encore impacté l'organisation des soins hospitaliers.

Ce mémoire ayant pour but de présenter et d'analyser la réforme, il se base principalement sur des données théoriques. Pour être amélioré, ce travail doit être vérifié sur le terrain, par exemple, en interrogeant plusieurs acteurs du secteur hospitalier. La situation sanitaire belge a rendu cette confrontation avec le terrain impossible.

Bibliographie

- Ahgren, B. (2008). Is it better to be big? : The reconfiguration of 21st century hospitals : Responses to a hospital merger in Sweden. *Health Policy*, 87(1), 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.02.001>
- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Azoury, E. (2015). Le financement de l'hôpital en Belgique -présentation pour la formation continue du 15/11/2015. <https://docplayer.fr/14295706-Le-financement-de-l-hopital-en-belgique.html>
- Baude, C., Bardet, F., & Marguerin, S. (2015). Mutualiser : Pourquoi ? Les objectifs. *I2D – Information, données & documents*, 52(3), 30-31. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/i2d.153.0030>
- Beaulieu, M., & Rebolledo, C. (2019). Chapitre 19. Repenser la performance de son groupe d'achats. In *Supply Chain Management de la santé* (p. 345-359). EMS Editions; Cairn.info. <https://www.cairn.info/supply-chain-management-de-la-sante--9782376871736-p-345.htm>
- Belche, J.-L., Berrewaerts, M.-A., Ketterer, F., Henrard, G., Vanmeerbeek, M., & Giet, D. (2015). De la maladie chronique à la multimorbidité : Quel impact sur l'organisation des soins de santé ? *La Presse Médicale*, 44(11), 1146-1154. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.05.016>
- Belfius(2020.) Analyse MAHA 2019. Consulté 8 avril 2020, à l'adresse <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2019/Slides-Maha-09102019-FR.pdf>
- Belfius. (2020.). Analyse MAHA 2020. Consulté 30 novembre 2020, à l'adresse <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/maha-analyse-2020>
- Bercot, R., & Mathieu-Fritz, A. (2007). La crise de recrutement des chirurgiens français : Entre mythes et réalités. *Revue française de sociologie*, 48(4), 751-779. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfs.484.0751>
- Bertrand, D., Michot, F., & Richard, F. (2018). La construction juridique des Groupements hospitaliers de territoire (GHT). *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 202(8), 1981-1992. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30154-2](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30154-2)
- Boinet, J.-P., & Pierru, F. (2010). Plaidoyer pour la médecine interne. Regards croisés d'un sociologue et d'un interniste sur l'avenir de la médecine interne. *La Revue de Médecine Interne*, 31(11), 788-791. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2010.02.006>
- Borgès Da Silva, G. (2015). Maladies chroniques : Vers un changement du paradigme des soins. *Santé Publique*, 51(HS), 9-11. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0009>

Boworowski, S., Dia Navarro, O., & Portella, E. (2017). Les enjeux du système hospitalier belge à la lumière des expériences internationales. *Antarès Consulting*

Brown, B. B., Patel, C., McInnes, E., Mays, N., Young, J., & Haines, M. (2016). The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes : A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 16(1), 360. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1615-z>

Bureau Fédéral du Plan. (2020, mars 3). Bureau fédéral du Plan—Publication—Comité d'étude sur le vieillissement—Rapport annuel. <https://www.plan.be/publications/publication-1915-fr-comite+d+etude+sur+le+vieillissement+rapport+annuel>

Bureau fédéral du Plan(2020)—Publication—Perspectives démographiques 2019-2070—Population et ménages.<https://www.plan.be/publications/publication-1971-perspectives+demographiques+2019+2070+population+et+menages>

Bureau Fédéral du plan(s.d.) Perspectives démographiques 2019-2070 Population et ménages. Consulté 24 avril 2020, à l'adresse https://www.plan.be/uploaded/documents/202003030902350.FOR_POP1970_12071_F.pdf

Bureau Fédéral du Plan(s.d.) Perspectives économiques 2017-2022. Consulté 10 mai 2020, à l'adresse https://www.plan.be/uploaded/documents/201703281301290.REP_PERSECO032017_11454_F.pdf

Burnat, P., Payen, C., Mérens, A., Ceppa, F., & Renard, C. (2013). Cooperations between biology laboratories of the establishments of healthcare. *Annales de biologie clinique*, 71, 419-428. <https://doi.org/10.1684/abc.2013.0824>

Charafeddine R.(2015) Hospitalisation. Dans : Drieskens S, Gisle L (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. WIV-ISP, Bruxelles, 2015 https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/HO_FR_2013.pdf

Claveranne, J.-P., Pascal, C., & Piovesan, D. (2003). Les restructurations des cliniques privées : Radioscopie d'un secteur en mutation. *Revue française des affaires sociales*, 3, 55-78. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.033.0055>

Collin, A., Demanet, Q., Fenoll, B., Joubert, J., & Paul, E. (2015). L'analyse économique des coopérations inter-hospitalières : La coopération pour la concurrence. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33(2), 137-152. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jgem.152.0137>

Com-Ruelle, L., Or, Z., & Renaud, T. (2008). Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : Enseignements de la littérature. 152.

Costin, M. (2010). Logistique hospitalière, un outil du management. Le cas des hôpitaux français et moldaves. *Humanisme et Entreprise*, 299(4), 29-48. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/hume.299.0029>

Cour des comptes. (2018). Commentaires et observations sur les projets de budget de l'Etat pour l'année budgétaire 2019. <https://www.ccrek.be/FR/Publications/Fiche.html?id=5636fca2-a888-4c53-ae34-3e1a43d44ea1>

Cour des comptes française. (2020). Les groupements hospitaliers de territoire. Publié le 8/10/2020 <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-groupements-hospitaliers-de-territoire>

Crommelynck, A., Degraeve, K., & Lefèbvre, D. (2013). L'organisation et le financement des hôpitaux. Supplément MC Informations n°253. https://www.mc.be/media/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm49-28968.pdf

Cueille, S. (2018). 10. Réseaux et restructuration hospitalière. In D. Contandriopoulos, J.-L. Denis, A. Valette, & A.-P. Contandriopoulos (Éds.), *L'hôpital en restructuration : Regards croisés sur la France et le Québec* (p. 211-235). *Presses de l'Université de Montréal*. <http://books.openedition.org/pum/15455>

Daue, F. (2012). RAPPORT D'EXPERTISE Impact du Réseau de Santé Wallon. <https://www.reseausantewallon.be/SiteCollectionDocuments/Documents-officiels-FR/Rapport-expertise-ROI-RSW.pdf>

De Block (2017). Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé *Note Conceptuelle* publiée le 17/05/2017

De Foor, J., Senterre, C., Leclercq, P., Martins, D., & Pirson, M. (2020). Profile of hospitalised elderly patients in Belgium—Analysis of factors affecting hospital costs. *The Journal of the Economics of Ageing*, 15, 100209. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2019.100209>

De la Charlerie, I., Fegatilli, E., & Lelubre, B. (2019). Outsourcing or not outsourcing? Möbius. <https://www.mobius.eu/fr/downloads/outsourcing-or-not-outsourcing/>

De Pourcq, K., De Regge, M., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Gemmel, P., & Eeckloo, K. (2018). Hospital networks : How to make them work in Belgium? Facilitators and barriers of different governance models. *Acta Clinica Belgica*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/17843286.2018.1457196>

De Pourcq K., De Regge M., Callens S., Coëffé M., Gemmel P., Van den Heede K., Van de Voorde C., & Eeckloo K.. (2016). Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux (*Health Services Research (HSR) N° 277B; KCE Reports*). *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)*.

De Regge, M., De Pourcq, K., Gemmel, P., Van de Voorde, C., Van den Heede, K., & Eeckloo, K. (2018). Varying viewpoints of Belgian stakeholders on models of interhospital collaboration. *BMC Health Services Research*, 18(1), 942. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3763-9>

De Regge, M., De Pourcq, K., Van de Voorde, C., Van den Heede, K., Gemmel, P., & Eeckloo, K. (2019). The introduction of hospital networks in Belgium : The path from policy statements to the 2019 legislation. *Health Policy*, 123(7), 601-605. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.008>

Demers, L., Dupuis, A., & Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? *Santé mentale au Québec*, 27(2), 74-92. Érudit. <https://doi.org/10.7202/014558ar>

Deschodt, M., Claes, V., Grootven, B. V., Milisen, K., Boland, B., Flamaing, J., Denis, A., Daue, F., Mergaert, L., Devos, C., Mistiaen, P., & Heede, K. V. D. (2015). Approche gériatrique globale : Rôle des équipes de liaison interne gériatrique - Synthèse. *KCE = Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg = Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé = Belgian Health Care Knowledge Centre*.

http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_245Bs_Approche_geriatrique_globale_Synthese.pdf

Deschodt, M., Claes, V., Van Grootven, B., Milisen, K., Boland, B., Flamaing, J., Denis, A., Daue, F., Mergaert, L., Devos, C., Mistiaen, P., & Van Den Heede, K. (2015). Approche gériatrique globale : Rôle des équipes de liaison interne gériatrique. [/fr/approche-g%C3%A9riatrique-globale-r%C3%B4le-des-%C3%A9quipes-de-liaison-interne-g%C3%A9riatrique](http://fr.approche-g%C3%A9riatrique-globale-r%C3%B4le-des-%C3%A9quipes-de-liaison-interne-g%C3%A9riatrique)

Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Noordhout, C. M. D., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., & Meeus, P. (2019). Performance of the Belgian health system – report 2019. 601.

Djellal, F., Gallouj, C., & Gallouj, F. (2004). De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux. Les différentes facettes de l'innovation hospitalière. *Revue française des affaires sociales*, 1, 223-248. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.041.0223>

Djellal, F., Gallouj, C., Gallouj, F., & Gallouj, K. (2004). L'innovation à l'hôpital : Une grille d'analyse et des études de cas.

Drieskens, S., Gisle, L., & Charafeddine, R. (2015). *Chapitre 10 Hospitalisation Enquête de santé 2013 Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux WIV-ISP, Bruxelles 2015*. 68.

Elston, T., & MacCarthaigh, M. (2016). Sharing services, saving money ? Five risks to cost saving when organizations share services. *Public Money & Management*, 36. <https://doi.org/10.1080/09540962.2016.1194081>

Engelund, E., Lassen, A., & Mikkelsen, B. (2007). The modernization of hospital food service—Findings from a longitudinal study of technology trends in Danish hospitals. *Nutrition & Food Science*, 37, 90-99. <https://doi.org/10.1108/00346650710736354>

Enguix, A. (2018). La mutualisation des achats des dispositifs médicaux stériles au sein d'un GHT: enjeux et perspectives. 118.

Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques. Bruxelles, Belgique : Sciensano. (s. d.). Consulté 18 avril 2020, à l'adresse https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/MA_FR_2018.pdf

Farfan-Portet Maria-Isabel, Denis Alain, Mergaert Lut, Daue François, Mistiaen Patriek, & Gerkens Sophie. (2015). L'hospitalisation à domicile : Orientations pour un modèle belge (*Health Services Research (HSR) N° 250; KCE Reports*). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Fischer, C., Lingsma, H., Klazinga, N., Hardwick, R., Cromwell, D., Steyerberg, E., & Groene, O. (2017). Volume-outcome revisited : The effect of hospital and surgeon volumes on multiple outcome measures in oesophago-gastric cancer surgery. *PLOS ONE*, 12(10), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183955>

Fontaine, L. (2020). L'organisation des hôpitaux en Belgique suite à la réforme du paysage hospitalier : Un pas de plus vers une réforme du financement des hôpitaux.

Fulconis, F., & Joubert, J. (2017). Compétitivité et réseau public d'offre de soins : Des Communautés Hospitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire. *Management & Avenir*, 93(3), 37-63. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/mav.093.0037>

Giancotti, M., Guglielmo, A., & Mauro, M. (2017). Efficiency and optimal size of hospitals : Results of a systematic search. *PLOS ONE*, 12(3), e0174533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533>

Gibbis (2019). Focus : Le réseautage clinique, mars 2019 Consulté 11 octobre 2020, à l'adresse [https://www.gibbis.be/images/Focus - Le r%C3%A9seautage clinique.pdf](https://www.gibbis.be/images/Focus_-_Le_r%C3%A9seautage_clinique.pdf)

Grafton, J., Abernethy, M. A., & Lillis, A. M. (2011). Organisational design choices in response to public sector reforms : A case study of mandated hospital networks. *Management Control Innovations in Public Sector Networks*, 22(4), 242-268. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2011.06.001>

Hassan, T. (2006). Logistique hospitalière : Organisation de la chaîne logistique pharmaceutique aval et optimisation des flux de consommables et des matériels à usage unique.

Hermesse, J. (2014). Concentrer les soins complexes pour améliorer la qualité. https://archives.enmarche.be/Actualite/Editos/Editos_2014/20141002_concentrer_les_soins_complexes_pour_ameliorer_la_qualite.htm

Hubinois, P. (2005). Chirurgie viscérale : Hier, aujourd'hui, demain : Petite philosophie de la chirurgie.

Hubner, M., Muller, Bonnard, Givel, & Demartines. (2008). Chirurgie fast track. *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-171/Chirurgie-fast-track>

Huguet, M. (2020). Centralization of care in high volume hospitals and inequalities in access to care. *Social Science & Medicine*, 260, 113177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113177>

Hujala, A., Taskinen, H., & Rissanen, S. (2016). How to support integration to promote care for people with multimorbidity in Europe?

Imison, C., Ham, C., Hopson, C., Stolz, B., Fagge, F., & Marsden, N. (2014). Future organisational models for the NHS: Perspectives for the Dalton review.

https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/future-organisational-models-for-the-nhs-kingsfund-jul14.pdf

ING, Antarès Consulting (2018) La gestion efficiente des séjours hospitaliers *Heath Prospecting 2018*

Jaisson-Hot, I., & Buron-Van de Voorde, C. (2008). Les enjeux de l'évaluation des innovations technologiques à l'hôpital. *Journal d'économie médicale*, 26(6-7), 367-370. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jgem.086.0367>

Janssen, A., Marijn ;. Kamal, Muhammad ;. Weerakoddy, Vishanth ;. Joha. (2012). Les services partagés : Une stratégie de collaboration au sein des réseaux de services publics. *Télescope*, 18(1-2), 104–120. <https://doi.org/10.7202/1009258ar>

Jolbäck, P., Rolfson, O., Cnudde, P., Odin, D., Malchau, H., Lindahl, H., & Mohaddes, M. (2019). High annual surgeon volume reduces the risk of adverse events following primary total hip arthroplasty : A registry-based study of 12,100 cases in Western Sweden. *Acta orthopaedica*, 90(2), 153—158. <https://doi.org/10.1080/17453674.2018.1554418>

Kennewell, S., & Baker, L. (2016). Benefits and risks of shared services in healthcare. *Journal of health organization and management*, 30, 441-456. <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2014-0044>

Kohnen, L., Meurisse, N., Decker, E., Haumann, A., Remacle, G., Honoré, P., Hamoir, E., Coimbra Marques, C., Detry, O., & De Roover, A. (2020). Evolution en chirurgie abdominale. Avancées techniques, collaboration intra et inter hospitalière. *Revue médicale de Liege*, 75(5-6). <https://orbi.uliege.be/handle/2268/249607>

Lafond, S. (s. d.). *Le réseautage clinique – publication de la loi du 28 février 2019*. Consulté 11 octobre 2020, à l'adresse <https://www.gibbis.be/fr/toutes-les-actualites/item/2078-focus>

Lambrecht, M. (2009). Incidences des évolutions démographiques sur les dépenses de santé. 86.

Larivée, E. (2018). L'utilisation grandissante d'examen diagnostiques inappropriés : Une analyse des causes et des impacts en responsabilité médicale [Essai, Université de Sherbrooke]. <http://hdl.handle.net/11143/14453>

Lecocq, D., Locoge, T., Wever, A., & Magali, P. (2014). Sixième réforme de l'Etat : Quel impact pour les hôpitaux ? *Healthcare executive*, 1-20.

Lefèvre M., Bouckaert N., Camberlin C., Devriese S., Pincé H., de Meester C., Fricheteau B., & Van de Voorde C.. (2019). Organisation des maternités en Belgique (*Health Services Research (HSR) N° 323B; KCE Reports*). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Leroy R., Camberlin C., Lefèvre M., Mistiaen P., Van den Heede K., Van De Sande S., Van de Voorde C., & Beguin C. (2017). Comment accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique ? (*Health*

Services Research (HSR) N° 282Bs; KCE Reports). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Leroy R., De Gendt C., Stordeur S., Silversmit G., Verleye L., Schillemans V., Savoye I., Vanschoenbeek K., Vlayen J., Van Eycken E., Beguin C., Dubois C., Carp L., Casselman J., Daisne J-F., Deron P., Hamoir M., Hauben E., Lenssen O., ... Vincent G. (2019). Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de la tête et du cou (*Health Services Research (HSR) N° 305B; KCE Reports*). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Le Spécialiste (s.d.) Répartition de 15 centres spécialisés pour des soins complexes de l'AVC en Belgique. Consulté 6 juin 2020, à l'adresse <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/repartition-de-15-centres-specialises-pour-des-soins-complexes-de-l-rsquo-avc-en-belgique.html>

Libre.be, L. (2020, novembre 9). *Un centre intermédiaire de soins post-Covid au Beau Vallon*. LaLibre.be. <https://www.lalibre.be/regions/namur/un-centre-intermediaire-de-soins-post-covid-au-beau-vallon-5fa93c26d8ad586f5178dfe2>

Lion, G.-H. (2012). Mettre en place une restauration hospitalière optimale : Que choisir entre internalisation et externalisation ? 64.

Mallet, D., & Duchêne, V. (2008). Globalité et médecine moderne. *Laennec*, 56(2), 35-49. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/lae.082.0035>

Math, A. (2017). Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe. *La Revue de l'Ires*, 91-92(1-2), 17-47. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rqli.091.0017>

Michiels D., Sun Y., Thys V., Saka Rasit O., Hemelsoet D., Eyssen M., & Paulus D.. (2012). Les unités neurovasculaires : Efficacité, indicateurs de qualité et organisation (*Health Services Research (HSR) N° 181B; KCE Reports*). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Montalan, M.-A., & Vincent, B. (2011). Prise en compte de la complexité dans la mutualisation des achats hospitaliers. *Projectics / Proyética / Projectique*, 8-9(2-3), 107-116. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/proj.008.0107>

Mutualités libres. (2019). Analyse des prestations de soins de santé des personnes âgées. <https://www.mloz.be/fr/publications/studies-en-analyses/analyse-des-prestations-de-soins-de-sante-des-personnes-agees>

Nollet, J., & Beaulieu, M. (2003). The development of group purchasing : An empirical study in the healthcare sector. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 9(1), 3-10. [https://doi.org/10.1016/S0969-7012\(02\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0969-7012(02)00034-5)

OCDE. (2017). The past and potential future impact of new health technology in New Health Technologies : Managing Access, Value and Sustainability. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264266438-en>

- OCDE, & Observatoire Européen. (2019). Belgique : Profils de santé par pays 2019. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/1860d1c0-fr>
- OECD. (2017). New Health Technologies : Managing Access, Value and Sustainability. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264266438-en>
- OECD, & European Union. (2018). Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU Cycle. *OECD*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Ouadrani, B. Z., & Smida, A. (2019). Quels besoins à l'origine d'une alliance stratégique entre organisations sanitaires ? *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 6(6), 532-557. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jges.196.0532>
- Pacolet, J., Deliège, D., Artoisenet, C., Cattaert, G., Coudron, V., Leroy, X., Peetermans, A., & Swine, C. (2005). *VIEILLISSEMENT, AIDE ET SOINS DE SANTE EN BELGIQUE*. 62.
- Panel, P. (2007). L'hôpital public. Ses contradictions, ses mutations. *Études*, 407(10), 319-330. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/etu.074.0319>
- Paul, E. (2014). Appréhension économique des coopérations hospitalières. Un essai de modélisation. 93. *Mémoire EDH* <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/edh/paul.pdf>
- Pettigrew, L. M., Kumpunen, S., Rosen, R., Posaner, R., & Mays, N. (2019). Lessons for 'large-scale' general practice provider organisations in England from other inter-organisational healthcare collaborations. *Health Policy*, 123(1), 51-61. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.017>
- Pinell, P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157(1-2), 4-36. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/arss.156.0004>
- Quidu, F. (2015). Processus relationnels et stratégies de réorganisation du système hospitalier français : Une analyse dynamique des accords de coopération. 474.
- Rosko, M. D., & Proenca, E. J. (s. d.). Impact of network and system use on hospital x-inefficiency. 8.
- Rousseau, M. (2017). Quelle Stratégie adopter face aux changements des achats en établissements de santé? <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/48ece6ef-74bd-47ba-9967-ce768d7b1fbd>
- Routelous, C., Vedel, I., & Lapointe, L. (2011). Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? *Management & Avenir*, 47(7), 147-164. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/mav.047.0147>
- Rupprecht, F., Quinet, A., & L'Horty, Y. (1997). Expliquer la croissance des dépenses de santé : Le rôle du niveau de vie et du progrès technique. *Économie & prévision*, 129. <https://doi.org/10.3406/ecop.1997.5878>

Sabharwal, S., Wilson, H., Reilly, P., & Gupte, C. M. (2015). Heterogeneity of the definition of elderly age in current orthopaedic research. *SpringerPlus*, 4, 516-516. PubMed. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1307-x>

Schaller, P., & Gaspoz, J.-M. (2008). Continuité, coordination, intégration des soins : Entre théorie et pratique. *REVUE MEDICALE SUISSE*, 4(172), 2034-2039.

Schmitt, M. (2017). Do hospital mergers reduce costs? *Journal of Health Economics*, 52, 74-94. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.01.007>

Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2014). Equité du système de santé belge. *Revue française d'économie*, XXIX(4), 129-172. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfe.144.0129>

Stephani, V., Crommelynck, A., Durant, G., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., & Quentin, W. (s. d.). Financement des séjours hospitaliers pour les soins à haute variabilité – Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. *KCE Reports 302Bs*. D/2018/10.273/34.

Stordeur S., Vrijens F., Henau K., Schillemans V., De Gendt C., & Leroy R.. (2014). Organisation des soins pour les adultes avec un cancer rare ou complexe (*Health Services Research (HSR) N° 219B; KCE Reports*). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Tenand, M. (2014). Vieillesse démographique : La hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ? *Informations sociales*, 183(3), 74-82. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/inso.183.0074>

Thiry, G. (2020). Analyse de l'impact d'une externalisation de la stérilisation sur les besoins en instrumentation d'un hôpital [PhD Thesis, UCL - Louvain School of Management]. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:26131>

Tlahig, H. (2009). Vers un outil d'aide à la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : Cas du service de stérilisation. 174. *Thèse de doctorat*

Tondeur, H., & de La Villarmois, O. (2003). L'organisation de la fonction comptable et financière. Centre de services partagés versus externalisation : solution alternative ou situation intermédiaire ? *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 9(1), 29-52. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cca.091.0029>

Valette, A. (2018). La restructuration comme coopération : Le réseau dans tous ses états. In D. Contandriopoulos, J.-L. Denis, & A.-P. Contandriopoulos (Éds.), *L'hôpital en restructuration : Regards croisés sur la France et le Québec* (p. 207-209). Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/15454>

Van De Cloot, I. (2018). Itinera Opinion—Le défi des soins de santé. *Itinera Institute*. <https://www.itinerainstitute.org/fr/article/le-defi-des-soins-de-sante/>

Van de Voorde, C., Van Den Heede, K., Beguin, C., Bouckaert, N., Camberlin, C., De Bekker, P., Defourny, N., De Schutter, H., Devos, K., Gerkens, S., Grau, C., Jeurissen, P., Kruse, F. M., Lefevre, M., Lievens, Y., Mistiaen, P., Vaandering, A., Eycken, E., & van Ginneken, E. (2017). Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité (*Health Services Research (HSR) N° 289B ; KCE Reports*). *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)*.

Van den Bosch K., Willemé P., Geerts J., Breda J., Peeters S., Van De Sande S., Vrijens F., Van de Voorde C., & Stordeur S.. (2011). Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : Projections 2011 – 2025 (*Health Services Research (HSR) N° 167B; KCE Reports*). *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)*.

Van Den Heede, K., Dubois, C., Mistiaen, P., Stordeur, S., Cordon, A., & Farfan-Portet, M.-I. (2018). Evaluating the need to reform the organisation of care for major trauma patients in Belgium : An analysis of administrative databases. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 45. <https://doi.org/10.1007/s00068-018-0932-9>

Van der Heyden J, Charafeddine R.(2019). Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques. Bruxelles, Belgique : *Sciensano*. Numéro de rapport : D/2019/14.440/27. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

Van sloten, F., & Van den Oever, R. (2016). *La métamorphose du secteur hospitalier* page 39. 265, 64. https://www.mc.be/media/mc-informations_265_septembre_2016_tcm49-33135.pdf

Young, S. H. (2003). Outsourcing and benchmarking in a rural public hospital : Does economic theory provide the complete answer? *Rural and Remote Health*, 3(1), 124.

Zardet, V., Fièr, D., Savall, H., & Petit, R. (2011). Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. *Journal d'économie médicale*, 29(6-7), 277-293. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jgem.116.0277>